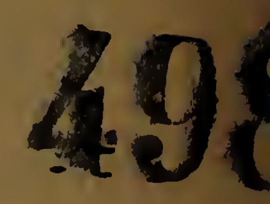
13 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 N°



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

Joseph LOISELET
Né à Dijon le 18 juin 1874
Externe des Hôpitaux de Paris

DE LA

CHOLÉCYSTOENTÉROSTOMIE

Dans le Cancer du Pancréas

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. HUMBERT, *Professeur.* DELBET, *Agrégé.* WALTHER, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEJARS.	THIERY.	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES FRÈRES

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

La chirurgie des voies biliaires, ces dernières années, a pris une extension énorme. Autrefois très limitée (on n'employait guère que des ponctions, des incisions, des ouvertures de la vésicule) elle prit un grand essort avec la cholécystoentérostomie. Depuis, d'autres opérations variées sur le canal cystique, la vésicule biliaire, le canal cholédoque, se sont ajoutées, ont eu bien vite un manuel opératoire très clair, très précis. Les cas se sont ajoutés aux cas, de sorte que l'on est forcé pour ainsi dire, de se restreindre et c'est pourquoi j'ai choisi la cholécystoentérostomie dans le cancer du pancréas. Nous comprenons dans nos observations deux abouchements de la vésicule dans l'estomac, car l'on sait combien parfois il est difficile de trouver une anse intestinale, facile à anastomoser, et d'autre part l'on a appris que la bile n'avait aucune action appréciable sur la digestion et ne la troublait en aucune façon,

Cette opération cholécystoentorostomie ou encore plus clairement entérostomie biliaire, comme l'a appelée M. Reclus, quoique combattue par quelques chirurgiens, est

encore la plus rationnelle dans le cas de rétention biliaire par cancer du pancréas. Que mettra-t-on en effet à la place, alors que la pancréatectomie est impossible avec un envahissement des organes aussi prononcé que dans le cancer de la tête et que d'autre part, cette opération a toujours donné de très malheureux résultats. En outre, comme le disait déjà Delagenière en 1890, la cholécystoentérostomie est une opération d'urgence comme la kélotomie car le malade est menacé à brève échéance, (quelques heures au plus quelques jours), par sa rétention biliaire. Si dans le cas spécial où nous nous sommes placés, le malade ne peut bénéficier d'une guérison définitive, bien souvent le soulagement est immense pour lui ; soulagement physique, les douleurs s'en vont et surtout le prurigo si pénible disparaît immédiatement ou peu s'en faut ; soulagement moral, le malade va se croire guéri, et en effet s'il n'a pas été pris trop tard, il sentira son état général s'améliorer très rapidement et sa survie pourra être plus ou moins longue, trois mois, un an, parfois plus.

Avant de commencer ce travail, ce sera pour moi un plaisir et un devoir de remercier mes maîtres de Dijon. Que M. M. les Professeurs Deroye, Broussolles, Cottin, Gautrelet, Maillard, Misset, Parizot et Zipfel veuillent bien agréer l'hommage de ma reconnaissance et de mon attachement.

Je remercierai particulièrement mes maîtres d'externat de Paris, M. M. Delbet, Brun, Merklen, Chaput, pour lesquels j'ai la plus profonde gratitude.

Je remercierai particulièrement M. le Docteur Michaud qui m'a toujours témoigné une bonté paternelle à laquelle

je ne puis répondre que par l'affection et la reconnaissance.

Enfin, que M. le Docteur Marion, veuille bien accepter mes remerciements pour ses conseils si clairs et donnés avec le plus grand dévouement.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'assurance de ma sincère reconnaissance pour l'insigne honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

CHAPITRE Ier

HISTORIQUE

Avant 1880 la chirurgie des voies biliaires n'existait pour ainsi dire pas. Ce fut en 1880 que Nussbaum (1) fit un travail où il émit le premier, l'idée d'aboucher la vésicule avec l'intestin. Et ce fut également en 1880 que Winiwarter (2) (de Liège) exécuta la première cholecystentérostomie. Chez Nussbaum l'idée fut théorique, ce fut pour ainsi dire une vue de l'esprit, tandis que Winiwarter fut amené à cette opération pas une suite d'opérations malheureuses que l'on trouvera tout au long dans la remarquable thèse le M. Delagenière. Ce fut un travail laborieux que celui de Winiwarter, travail de conception de l'opération, et travail chirurgical, mais enfin après la 6e opération la cholecystoenterostomie était créée, elle était possible puisqu'elle existait. Que l'exemple fut peu

(1) Nussbaum. *Deustche chirurgie.* Lieferung 44. p. 94.
(2) Th de Delagenière 1890.

encourageant pour le chirurgien et pour le malade, soit, mais l'on pouvait bien déjà prévoir que la science passerait par dessus toutes les difficultés, et ferait de cette opération comme de bien d'autres une intervention bien définie.

La suite se chargea de le démontrer.

En 1883. G. Harley (3) propose la cholecystoentérostomie. après l'avoir faite sur les animaux. Son manuel opératoire consiste à anastomoser la vésicule et l'intestin en interposant entre eux un morceau de potasse caustique. Ce procédé ne fut pas usité chez l'homme et pas un chirurgien à l'heure actuelle ne voudrait le faire.

Dans un mémoire de 1884. Gaston d'Atlanta (1) de Géorgie décrit un procédé de fistule entre la vésicule et le duodénum, obtenue par un fil élastique que l'on pouvait d'ailleurs renforcer par une ligne de sutures. Il publie les résultats obtenus chez des chiens par ce procédé.

En 1886, Francesco Colzi (2) fait faire un grand pas à la cholécystoentérostomie. Il fait plusieurs autopsies pour obstruction de cholédoque dont unè avec fistule cysticoduodénale spontanée.

Il fait sur des chiens de nombreuses expériences et il arrive à formuler les conclusions suivantes. Il faut pour obtenir un fistule cystico-duodénale permanente non pas

(3) Georges Harley *Diseases of the liver*. London, 1883 p. 1110.

(1) J.M.F. Gaston. Obstruction af. the gull — duct and its bats consequence victh remedial opération suggested. *Gaillard méd. journal* October 1884.

(2). Francesco Colzi. La chirurgia opérativa sull vie bihari ein specie dellei fistulacolescisto intestinale dal giornale medico lo Sperimentale, 1886. Firenze.

une seule rangéè mais deux rangées de sutures de Lambert, une rangée intéressant les tuniques muqueuses, une rangée intéressant les tuniques séreuses et musculaires. Il conseille de choisir le duodénum, c'est ce procédé de Colzi qui est encore employé à l'heure actuelle et que nous donnerons comme le procédé de choix, on a essayé de le remplacer par le bouton de Murphy, qui, on le sait, est abandonné actuellement dans tout espèce d'opérations intestinales par beaucoup de chirurgiens.

En mars 1887, Gaston (1) lit un deuxième mémoire où il donne les indications de la cholécysto-duodénostomie. L'ère de la théorie se ferme alors pour la cholécystoentérostomie qui va entrer dans le domaine de la pratique, cette même année 1887.

O. Kappeler (2) publia le premier un rapport sur l'opération de la cholécystoentérostomie, avec succès complet le 1er septembre, 1887, mais Monastyrki (3) tout en faisant cette opération le 1er mai 1887, ne publia son rapport qu'en mai 1888. Ainsi donc, quoique en Allemagne, cette opération soit désignée sous le nom d'opération de Kappeler, c'est bien au docteur Russe Monastyrki que revient la priorité. Ces deux opérations nous intéressent tout particulièrement, car ce sont deux cas qui rentre dans notre étude. Les deux interventions furent suivies de mort par généralisation de la tumeur, de la tête du pancréas, mais

(1) J. M. F. Gaston On the practabilitg of establishing an artificial fistulous opening in the human subject betwen, the gall. Bladder and the duodenum. *Gaillard's med Journal, May*, 1887, and *British médical Journal,* 1887, vol I p. 267.

(2) Okæppeler. *Corresp, Blatt fur*, *Schw Acr*, 1er september 1887.

(3) Monastyrki. *Chirur. Westnik*, 1888, numéros de mai et juin.

les deux malades retirèrent un bénéfice fort satisfaisant de l'opération, qui fut d'abord un soulagement immédiat, puis une survie qu'il n'aurait pu obtenir avec une autre intervention.

Viennent ensuite les cas de Bardenheuer (première cholécysto-duodénostomie, par le procédé de la ligature élastique,) de Mayo Robson de Léeds. Ce fut M. le Professeur Tillaux qui en France, fit la première cholécysto-entérostomie, par le procédé du sphacele, à l'aide d'une pince.

Nous citerons les observations MM. les Professeurs Terrier, Reclus, que nous publions tout entières, car elles sont extrêmement remarquables.

Nous avons cherché dans la littérature médicale, soit étrangère, soit française, et nous avons réuni les cas, M. M. Shepherd, Roth et Courvoirsier, Peck, Dubourg, Michaux.

Nous avons fait rentrer dans notre cadre l'abouchement de la vésicule, avec l'estomac, ce qui nous a permis de publier un autre cas, de M. Terrier, et un cas inédit, de Quénu, enfin nous publions les interventions de MM. Marion, et Dubar qui ont été suivies toutes deux d'un succès opératoire brillant.

Nous faisons rentrer la cholécysto-gastrostomie, dans le cadre général, pour la même raison que l'on désigne sous le nom de cholécystoentérostomie, les duodénostomie, jéjunostomie, et colostomie biliaires.

Lorsque le premier abouchement avec l'estomac, fut fait, l'idée n'avait pas été préconçue dans la pensée des opérateurs. Ce fut Max-Wickoff, et Fr. Angelberger,

qui les premiers firent la cholécysto-gastrostomie, le 21 septembre 1892, en Allemagne. Les résultats furent excellents. M. Terrier pratiqua le 19 décembre, 1895, cette même opération, avec le même succès. Depuis, cet exemple fut suivi. Et de même qu'en abordant un malade qui a une obstruction chronique du cholédoque, on sait que l'on va faire une laparotomie, et rien de plus, de même et plutôt encore, le chirurgien qui vient de se décider à faire une cholécystoentérostomie, ne sait pas encore s'il va s'adresser au colon, au jéjunum, au duodénum ou à l'estomac.

CHAPITRE II

HISTOIRE DE L'OPÉRATION.

§. I. — INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous venons de le dire, la cholécystoentérostomie a très rarement des indications opératoires nettes et précises en tant que cholécystoentérostomie. Le chirurgien se trouve en face d'une rétention biliaire aiguë ou chronique, qu'il s'agit de combattre comme il combattrait une hernie étranglée. Evidemment on peut avoir des doutes, des soupçons mais lorsqu'on feuillette les observations, on voit combien fréquente est l'indécision l'erreur en face d'une rétention biliaire. Il y a obstacle au cours de la bile, obstruction du cholédoque, cela est certain. Est-ce calcul, tumeur des conduits, tumeur du voisinage, on ne sait, la laparotomie est indiquée. Lorsqu'on aura reconnu l'obstacle, si on le peut suivant le cas, on fera une cholédocotomie, cholelithotripsie, cholédocho-enté-

rostomie ou cholécystoentérostomie. Cette dernière est évidemment l'opération de choix pour le cas où nous nous sommes placé ; le cancer de la tête du pancréas, c'est la seule opération possible.

Il n'y a guère que la cholécystectomie et la cholécystotomie qui puissent être proposées. La cholécystectomie n'aurait lieu d'être, que si le cancer avait envahi une portion limitée des voies biliaires, ce qui ne sera pas le cas dans un cancer de la tête du pancréas. La cholécystotomie très praticable ne fera cependant qu'aggraver la situation parce qu'elle augmentera la cachexie du malade en détournant la bile de l'intestin et parcequ'elle donnera lieu à une fistule biliaire qui, par son écoulement continuel donnera lieu à des accidents locaux insupportables et donnera en somme très peu de satisfaction morale au malade.

On pourra donc formuler ainsi l'indication : lorsqu'il y a rétention biliaire par obstruction de cholédoque, qu'après la laparotomie l'obstacle est nettement reconnu pour être un cancer de la tête du pancréas, ou que l'obstacle reste douteux mais ne peut être enlevé, et que le conduit est reconnu imperméable, la cholécystoentérostomie est l'opération recommandable, l'opération de choix.

§ II. SYMPTOMATOLOGIE

Nous voyons en regardant le tableau statistique, que le malade se présente toujours avec les symptômes dominants que l'on retrouve dans tous les cas sans exception : Ictère très foncé presque verdâtre, foie gros, tumeur

biliaire, ce qui fait arriver à conclure à une obstruction du cholédoque. Voyons si, avec ces symptômes de rétention biliaire, il existe des signes particuliers pouvant faire diagnostiquer sûrement une tumeur du pancréas.

L'ictère, comme nous pouvons le lire, est presque toujours très prononcé, décoloration complète des selles, urines très foncées. Cet ictère est extrêmement persistant mais même ce caractère de persistance et de progression constante n'est pas caractéristique car nous voyons dans le malade de M. Chauffard, opéré par M. Quénu des alternatives de coloration et de décoloration. Nous conclurons donc que l'ictère, même avec ces caractères, n'a rien de pathognomonique.

Le prurigo est un compagnon presque forcé de la jaunisse.

La tumeur biliaire fluctuante, mobile latéralement, se mouvant avec le diaphragme, localisée à l'hypocondre droit, montre qu'il y a un obstacle au cours de la bile, obstacle que le volume énorme du foie atteignant parfois des dimensions considérables montre siègeant sur le trajet du cholédoque. Cette tumeur biliaire quelque grosse qu'elle soit, ne montre rien de plus comme l'a fait observer M. Reclus dans ses cliniques de la Pitié de 1894.

Jusqu'ici donc, rien de précis dans les gros signes. Est-ce calcul, est-ce tumeur du pancréas, des conduits biliaires, du voisinage, on ne sait, on à affaire à une rétention biliaire.

La glycosurie n'est pas souvent observée. Chez le malade de M. Reclus, observé avec la plus grande sagacité par M. Bouchard, elle n'a pas été vue, pas plus que

dans les cas de M. Terrier, de M. Chauffard, le symptôme n'est pas relaté dans les autres observations, l'appétance spéciale pour les matières grasses, les vomissements graisseux, les selles graisseuses la sialorrhée sont des signes infidèles. Le signe de Sahli, outre que dans nos observations il n'a pas été souvent cherché, peut très bien manquer comme nous le voyons dans l'observation de M. Chauffard.

La présence d'une masse dure, perçue aux environs de l'ombilic serait tout à fait en faveur d'une tumeur du pancréas, si l'ictère était concomitant, mais elle est rarement perçue, plus rarement qu'on ne le croit généralement car dans les statistiques, l'on a confondu assez souvent la vésicule dilatée avec une tumeur néoplasique.

Nous faisons une grande place à l'amaigrissement, l'on sait en effet que la perte de poids est plus rapide dans les cancers et en particulier dans celui du pancréas que dans toute autre affection chronique. Nous en voyons un très bel exemple chez le malade de M. Chauffard qui de 111 kilogr, tomba à 70 kilogr. Mais tous les malades ne présentent pas un amaigrissement aussi prononcé, et après l'opération, ils peuvent avoir une amélioration si rapide que le diagnostic de cancer porté avant l'intervention devient fort hésitant après.

Nous voyons donc qu'aucun de ces signes n'est vraiment caractéristique.

Un malade qui maigrit, qui après quelque temps d'amaigrissement souffre beaucoup dans l'abdomen et les membres inférieurs, puis présente un ictère progessif sans aucune rémission a bien des chances pour avoir une

tumeur du pancréas surtout s'il s'ajoute des symptômes tels que glycosurie, albuminurie et tumeur perçue. Mais dans nos 17 observations, nous ne voyons pas une fois ces signes réunis.

Il n'y a donc que la laparotomie qui fasse lever tous les doutes toutes les hésitations, qui fasse faire un diagnostic ferme.

§ III.— CONTRE-INDICATIONS

Il est donné souvent comme contre-indication, l'état général mais on a vu dans plusieurs cas des malades extrêmement bas, retirer de l'intervention un bénéfice étonnamment rapide.

Pourvu que le malade puisse soutenir le chloroforme, cela suffit; l'exemple de la malade de M. Terrier vient à l'appui de cette assertion.

Les contre-indications particulières à la cholécystoentérostomie seront l'atrophie complète de la vésicule et le mauvais état de ses parois.

CHAPITRE III

OPÉRATION

Préliminaires. — Ce seront ceux de toute laparatomie, antisepsie et asepsie rigoureuses, mais plus sévères encore que dans toute autre opération abdominale, car, comme le dit M. Terrier, « il est peu d'opérations abdominales qui exigent aussi nettement le secours de l'antisepsie intestinale ». Ce sera donc plusieurs jours à l'avance qu'il faudra s'y prendre.

Incision. — Il y en a plusieurs variétés. L'incision sur la tumeur comme guide est mauvaise parce qu'elle éloigne beaucoup du duodénum que nous considérons encore comme l'anse intestinale de choix, puis on est très gêné.

L'incision parallèle au rebord des fausses côtes a un grave inconvénient, celui de sectionner les muscles en travers et par conséquent de disposer aux hémorrhagies et aux éventrations consécutives.

L'incision sur le bord externe des muscles droits est

bonne, mais moins que l'incision médiane qui sera l'incision de choix, parce que la recherche du duodénum, du jéjunum et de l'estomac pourra se faire par cette même plaie. Un léger inconvénient est parfois de trouver la vésicule lorsqu'elle est peu étendue. Mais quoi de plus facile dans ce cas que de compléter par une légère incision transversale.

Nous citons pour mémoire l'incision en volet de Bardenhener avec décollement de la séreuse et exploration transpéritonéale.

Explorations des voies biliaires. — L'abdomen ouvert, l'hématose bien faite, on cherche la vésicule qui est d'ordinaire rapidement trouvée. On garnit soigneusement le péritoine, on attire la vésicule au dehors et alors on la ponctionne ou on l'incise de façon à faire sortir ce qu'il y a : bile et calculs. Puis on place une pince sur l'ouverture et après avoir changé les compresses, on explore avec le doigt. La vésicule est-elle fixée, a-t-elle des adhérents, quel est l'état de ses parois ? On cherche ensuite le canal cystique, on le fait rouler sous les doigts pour voir s'il n'y a pas de calculs en évitant de prendre pour un caillou le ganglion lymphatique de Hartmann, situé à gauche du col de la vésicule et souvent hypertrophié. Puis on cherche à atteindre le cholédoque lorsque l'hypertrophie du foie le permet. Si on le peut, on le suit en le faisant rouler sous les doigts, presque jusque sur le bord supérieur du pancréas. Celui-ci est parfois hypertrophié par des kystes résultant de l'oblitération du canal de Wirsung. On peut parfois sentir les masses dures cancé-

reuses de la tête et des régions avoisinantes. — Le cancer ou tout au moins un obstacle inébranlable dans le cholédoque une fois reconnu, on doit pratiquer la cholécystoentérostomie si toutefois les parois de la vésicule le permettent.

Choix de la portion d'intestin — La cholécystoentérostomie est résolue. Sur quelle anse intestinale va porter l'anastomose ? Sur le duodénum sans hésitation si on le peut.

L'on prendra le moins possible l'intestin grêle et encore moins le colon à cause des inconvénients fort bien signalés par Cannac (1). En effet, dans l'abouchement bas, on prive de bile une plus ou moins grande longueur d'intestin, où les matières sont décolorées et plus septiques et surtout on fait déboucher la vésicule qui n'est plus protégée par une valvule comme dans l'ampoule de Vater, dans un milieu où la flore bactérienne est très riche, beaucoup plus riche que dans le duodénum. Pour ces motifs on cherchera donc à aboucher avec le duodénum, mais cette portion d'intestin est très profondément cachée, par conséquent difficile à atteindre. Le plus souvent, le néoplasme lui a créé des adhérences qui vont forcément par le décollement donner une hémorrhagie en nappe, hémorrhagie, masquant le champ opératoire, difficile à arrêter (cas de M. Richelot) (2) et l'on peut alors faire une déchirure intestinale.

(1) CANNAC. Th. de Bordeaux, 1897-98.
(2) PATURET. Th. 1892-93.
(3) Traité de chirurg. LE DENTU et DELBET, Art. de Faure. 8. p. 36

En outre le malade est plus ou moins affaibli, et il faut aller vite. Il est certainement des cas où cette duodénostomie biliaire est très facile mais si peu que cela soit difficile, long, si peu que l'on craigne l'hémorrhagie, on a qu'à choisir l'estomac comme nous l'avons dit, ou la première portion du jéjunum comme l'indique M. Faure (3). En faveur de la gastrotomie biliaire, nous dirons, il n'est plus à craindre maintenant que la bile trouble la digestion stomacale. Ce fait est prouvé par les expériences de Dastre (1880-1883), de Ruggero Oddi (1887) de Cannac (1) et par nos 3 observations de M. M. Nimier, Terrier et Quénu.

Mais nous mettrons sur le même plan l'abouchement de la vésicule dans le jéjunum, après l'insertion du muscle de Treitz comme le décrit M. Faure.

Nous y verrons cependant l'inconvénient léger à la vérité de laisser 75 centimètres à un mètre d'intestin sans flux biliaire. Jusqu'ici il n'a pas été démontré que cet abouchement relativement haut ait eu quelques inconvénients.

Donc nous résumons : choisir le duodénum si l'on peut, ne pas trop insister en cas de résistance, et choisir la première partie du jéjunum ou l'estomac, ce dernier ayant fait ses preuves.

Anastomose de la vésicule et de l'intestin. — 5 procédés sont employés, nous les décrirons rapidement pour nous arrêter sur le procédé par sutures sans appareil qui

(1) Cannac. *loc. cit.*

nous paraît devoir être le procédé de choix.

1e Anastomose à l'aide de plaques de Sénn ou de plaques analogues résorbables. Méthode ingénieuse mais il faut des plaques trop larges pour ce cas présent. Puis les plaques sont trop résorbables ou ne le sont pas assez. Les fils sont trop serrés, d'où gangrène des parois, ou ne le sont pas assez, d'où passage des liquides septiques dans le péritoine.

2e L'anastomose par sphacèle. Il est bien difficile pour l'opérateur avec ce procédé de mesurer et limiter ce sphacèle. Cependant tout récemment Souligoux a fait connaître un procédé nouveau qui lui a donné sur le chien des résultats excellents : (1) « ce procédé assez compliqué permet de faire, après écrasement du fond de la vésicule et de la paroi intestinale, une anatomose par sphacèle, qui ne s'établit que quarante-huit heures environ après l'opération, de sorte que l'intestin n'étant pas ouvert pendant les manœuvres opératoires, les chances d'infections sont très sensiblement diminuées. Ce procédé permet encore d'invaginer le fond de la vésicule dans l'intestin en y constituant une sorte de valvule » (2).

3e L'anastomose avec les boutons principalement celui de Murphy est un procédé assez abandonné à cause de quelques défauts dont voici les principaux : on est parfois dans l'impossibilité de réunir les deux moitiés (cas de Delbet.) Le bouton dans le cas de l'observation de Shepherd, (v. observ. XI) a coupé les tissus et la mort est survenue par hémorrhagie. Il faut une instrumentation spéciale et une certaine expérience, L'économie de temps

(1) Souligoux. *Presse méd.* 1896. p. 349 (avec figures).
(2) Traité chir. Le Dentu et Delbet. Art. Faure *loc. cit.*

n'est pas considérable. Cependant nous réserverons le bouton pour les cas ou les sutures sont impossibles par manque d'étoffe des parois de la vésicule.

4e Anastomose avec les tubes. Ces tubes seront en os décalcifié, en artère de bœuf, en tubes de macaroni, en morceau de drain. C'est pourquoi nous décrivons ici le procédé de M. Terrier que M. Delagenière appelle procédé à un seul rang de sutures séreuses.

Procédé de Terrier.

« En quelques mots voici quel est celui de Terrier; c'est un procédé à un seul rang de sutures séreuses dans lequel la béance de la fistule est confiée non point à une suture isolée comme dans le procédé de Colzi mais à un drain qui est laissé dans la fistule jusqu'à ce qu'il soit éliminé dans les selles. Quant aux sutures elles sont assez particulières. L'espace rectangulaire correspondant à l'accolement des parois cystico duodénales est fermé sur chacun de ses deux côtés par une rangée de 4 points de Lembert et l'occlusion de ses 2 petits côtés se fait par froncement à l'aide d'un fil placé en cordon de bourse. On place d'abord le fil en bourse, le plus profond et les 2 rangées parallèles.

L'espèce rectangulaire formé sur 3 côtés n'est donc plus accessible que par son extrémité antérieure, c'est à la faveur de cette issue qu'on fait avec un bistouri une boutonnière aux organes, et qu'on place un drain long de 4 à 5 centimètres et large de 4 à 5 millimètres. Puis l'espace par lequel on vient d'opérer est aussitôt fermé

(1) Traité chirur. Duplay et Reclus, 7. p. 325. Art. de second.

par un fil en cordon de bourse, c'est-à-dire par un fil plongeant à quelques millimètres de distance, 2 fois dans l'épaisseur des parois intestinales et 2 fois dans les parois de la vésicule. Ce procédé est fort brillant mais il est probable que la double suture de Colzi garantit beaucoup mieux la permanence de la fistule.»

5°. — Anastomose par sutures, sans appareils, ce fut le premier en date, car c'est le procédé de Colzi, que nous reconnaissons actuellement comme le procédé de choix. M. Faure l'a très bien décrit dans le traité de chirurgie, nous renvoyons sa description détaillée à l'article de ce chirurgien (1). Il consiste en un surjet séro-séreux, un deuxième surjet comprenant toute l'épaisseur des parois vésiculaires et intestinales, ces deux surjets portent sur les lèvres postérieures des deux incisions faites l'une sur le fond de la vésicule, l'autre est parallèle à l'axe de l'intestin.

On complète par une troisième rangée de sutures unissant les lèvres antérieures, et traversant toute l'épaisseur des parois des deux organes. La cavité vésiculo-intestinale, se trouve complètement fermée. On consolide par un surjet séro-séreux.

Accidents de l'opération.

Hémorrhagie. — Nous ne parlerons pas des hémorrhagies de la paroi abdominale, il est toujours possible de s'en rendre maître, mais bien de celles produites pendant

(1) Traité de chirurgie le Dentu. Delbet., 8. p. 368, (3 figures.)

ou peu après l'opération, dans l'intérieur de la cavité abdominale. Le cas de M. Richelot montre que l'hémorrhagie est dûe parfois à la friabilité des tissus.

Le cas de Shépherd, (v. observ. 11.) montre qu'elle était dûe au bouton de Murphy qui avait coupé les parois. D'ailleurs Murphy, dans une lettre qu'il adressa à Shepherd à cette occasion signale ce danger comme le plus grand, et déclare que beaucoup de ses opérés sont morts d'hémorrhagie.

Nous voyons également entre autres accidents opératoires que les sutures peuvent lâcher, (v. observ. 18). Mais avec le procédé de Colzi, il nous semble bien difficile de voir ce fait se reproduire.

Cela n'a d'ailleurs pas eu lieu chaque fois qu'il a été employé.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE L'OPÉRATION.

Nous étudierons dans ce chapitre les résultats immédiats, que l'on constate une fois l'opération terminée et pendant la convalescence, puis les résultats définitifs.

Résultats immédiats. — Si nous retranchons de notre statistique un cas de shock opératoire, deux cas de cachexie très rapide, un cas d'hémorrhagie, nous voyons les 13 cas qui restent.

Guérison opératoire. Cette constatation est faite soit directement à l'autopsie où l'on trouve l'orifice artificiel, perméable sauf dans un cas (v. obser. VII,) soit indirectement, par l'atténuation et la disparition des symptômes: principalement, réapparition de selles colorées.

La première chose que l'on constate, c'est la disparition de la tumeur biliaire.

La deuxième chose, c'est la disparition du prurit. Au réveil chloroformique (v. observ. IV,) ou au plus tard le

lendemain, le malade est tout étonné de ne plus avoir à se gratter, de passer ses nuits à dormir, et cela est pour lui une sensation de bien être inexprimable.

Les selles se colorent peu à peu, il faut plus ou moins de temps suivant que l'altération des cellules hépatiques a été portée plus ou moins loin par une rétention plus ou moins longue.

Les urines deviennent de plus en plus claires, la peau reprend sa pigmentation normale. En un mot, les symptômes d'ictère par rétention biliaire disparaissent plus ou moins vite, mais disparaissent à la grande satisfaction du malade et parfois de telle sorte que l'on peut lire dans l'observation de M. Reclus que son malade, quatre mois après l'intervention, vit de la vie commune des gens bien portants.

Résultats définitifs. — Nous devrions mettre résultats palliatifs, car en somme tous les malades dont l'observation est relatée dans ce travail, n'ont fait qu'être améliorés (à part cinq cas), pour retomber après un temps plus ou moins long sous l'étreinte de leur cancer pour n'y pas survivre.

Cette déterminaison fatale doit-elle décourager le chirurgien ?

Le malade vient avec une rétention biliaire dont il va mourir sûrement en quelques heures, au plus quelques jours. Il est impossible de le laisser ainsi mourir, alors qu'on ne peut avoir une certitude pleine et entière de la nature cancéreuse de l'obstacle qu'après la laparatomie exploratrice qu'il sera si facile de changer en cholécysto-

entérostomie qui est susceptible d'amener une guérison durable.

Le chirurgien opérera. Le malade verra une amélioration immédiate se produire dans les symptômes de son mal, son moral s'en ressentira également d'une façon très heureuse. Et lorsque la mort suit de près l'opération, peut-on dire qu'on a avancé le malade, car à part deux cas de mort dont l'un de shock opératoire, l'autre d'hémorrhagie, les trois autres cas de mort sont venus parce que les malades avaient été opérés trop tard et que la cachexie n'avait pu être enrayée par l'opération. En outre la proportion de décès est bien moins grande que celle de survie. Survie petite, soit, à cause de la malignité des tumeurs pancréatiques, mais n'est-ce rien que de prolonger un malade de plusieurs mois, parfois plus d'un an et n'est-ce pas assez faire.

CHAPITRE V.

STATISTIQUE.

Ce sera plutôt un enregistrement et un groupement de résultats.

Nous avons recueilli 17 cas de cholecystoenterostomie pour cancer du pancréas avec 5 morts dans les 15 premiers jours, ce qui donne une mortalité de 29, 5 p °/₀ dans ces 15 premiers jours.

Sur ces 5 morts nous avons 2 guérisons opératoires, c'est-à-dire qu'à l'autopsie de ces deux malades on a constaté réunion parfaite de la plaie et perméabilité du conduit artificiel. La mortalité opératoire se réduit donc à 17, 7 p °/₀ les deux autres sont morts parce que l'opération n'avait pu éviter leur cachexie.

Les 12 autres malades sont morts avec 2 à 16 mois de survie qu'il ne pouvait espérer obtenir même avec une autre intervention.

L'opération paraît d'autant plus mortelle que la rétention biliaire a été plus prolongée.

NUMÉRO de l'observation	NOM du Chirurgien	AGE du malade	SEXE	SYMPTOMES et DIAGNOSTIC	OP…	
					Date	Anse int… choi…
I	**Monastyrki**	50	f	Ictère chronique. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque par cancer de la tête du pancréas.	4 mai 87	Intesti…
II	**Kappeler**	55	m	Ictère. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque par cancer du pancréas.	4 juin 87	Intestin…
III	**Socin**	51	f	Ictère. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque. Cause inconnue.	19 nov. 87	Intestin…
IV	**Tillaux**	38	m	Ictère. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque. Cause inconnue.	28 janv. 90	Intestin…
V	**Reclus**	36	m	Ictère. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque par un calcul.	13 août 92	Intestin…
VI	**Nimier**	35	m	Ictère. Vésicule indistincte. Obstruction des voies biliaires probable et du canal cholédoque. Cause inconnue.	18 mars 93	Partie s… rieu… du jéju…
VII	**Abbe**	40	f	Ictère. Obstruction du cholédoque. cause inconnue.	20 février 94	Duodé…
VIII	**Quénu**	45	m	Ictère avec rémissions. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque. Incomplète.	17 avril 94	Estom…
IX	**Michaux**	64	f	Ictère. Tumeur biliaire. Occlusion du canal cholédoque de nature douteuse plutôt néoplasique.	4 juillet 94	Intestin…
X	**Terrier**	54	f	Ictère. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque par lithiase biliaire.	10 nov. 94	Duodén…
XI	**Shepherd**	36	f	Ictère. Tumeur biliaire. Obstruction du cholédoque.	3 déc. 94	Colo…
XII	**Roth et Courvoisier**	?	f	Ictère. Tumeur biliaire. Occlusion du cholédoque.	?	?
XIII	**Terrier**	57	m	Ictère. Tumeur biliaire. Occlusion du cholédoque par néoplasme du pancréas.	19 déc. 95	Eston…
XIV	**Dubourg**	54	f	Ictère. Tumeur biliaire. Occlusion du cholédoque par tumeur ou calcul.	26 mars 96	Intestin…
XV	**Peck**	56	m	Ictère. Tumeur biliaire. Occlusion du cholédoque par néoplasme, peut être compliqué de calculs.	27 oct. 96	Intestin…
XVI	**Marion**	64	m	Ictére. Tumeur biliaire. Occlusion des voies biliaires par tumeur des voies biliaires.	29 mars 99	Intestin…
XVII	**Dubar**	42	m	Ictère. Tumeur biliaire. Occlusion du cholédoque, probablement par tumeur du pancréas.	16 mars 99	1re port… du jéjun…

Procédé	SUITES immédiates	MORT	SURVIE	CAUSES DE LA MORT
ées de sutures séro-ises, muco-muqueu-	Guérison.	4 juillet 87	2 mois.	Généralisation cancéreuse.
ées de sutures séro-r^ses, muco-muqueu^ses	Guérison.	23 sept. 88	16 mois.	Cachexie cancéreuse.
ures internes de lfler.	Guérison.	—	La maladen'a paséte suivie plus d'un ^mois.	
ële à l'aide d'une e.	Guérison.	—	Quelques jours.	Cachexie cancéreuse.
s muco-mupueuses o-séreuses, 5 rangees u.	Guérison.	9 juin 93	10 mois.	Hématémèse, cachexie cancéreuse.
	—	18 mars 93	—	Shock opératoire.
de Murphy.	Guérison.	—	10 mois.	Généralisation cancéreuse.
s.	Guérison.	Juillet 94	3 mois 1/2.	idem.
es séro-séreuses. es muco-muqueuses	Guérison.	18 juillet 94	14 jours.	Cachexie.
é Terrier.	Guérison.	21 sept. 95	10 mois.	idem.
de Murphy.		8 déc. 95	5 jours.	Hémorrhagie.
s muco-muqueuses, séreuses.	Guérison.	4 mois après	4 mois.	?
s muco-muqueuses, séreuses.	Guérison.	8 à 10 mois après	8 à 10 mois.	Cachexie.
s séro-séreuses, o-muqueuses.		31 mars 96	5 jours.	idem.
de Murphy.	Guérison.	?	Le 31 janvier 1897 la malade est en parfait état.	
es séro-séreuses, o-muqueuses.	Guérison.		Le malade est chez M. Dalché à l'heure actuelle. 3 mois.	
de Murphy.	Guérison.		Malade bien portant 3 mois 1/2.	

Le plus jeune malade avait 35 ans, le plus vieux avait 64 ans.

Tous sans exceptions ont présenté : de l'ictère foncé. Un seul a vu son ictère avoir des rémissions, chez tous les autres il a été continuellement progressif.

2 malades seulement n'ont pas eu de tumeur biliaire.

4 fois seulement le diagnostic est affirmé, comme cancer 10 fois le diagnostic a été en suspens, on met cause inconnue ou probable de la rétention, il y a eu 3 erreurs de diagnostic.

L'abouchement de la vésicule a porté une fois sur le colon, neuf fois sur l'intestin grêle, deux fois sur la première portion du jéjunum, deux fois sur le duodénum, et deux fois sur l'estomac.

Dans le cas de Roth et Courvaisier on ne parle pas de l'anse anastomosée.

Les procédés employés ont été: une fois le procédé Terrier, quatre fois le bouton de Murphy, une fois les sutures de Wœlfler, une fois le sphacèle, neuf fois les sutures muco-muqueuses et séro-sereuses, dans un cas le mode de sutures est resté inconnu.

Nous pouvons tirer de ceci ces conclusions qu'il faut opérer le plus vite possible, que la mort du fait de l'opération n'est pas fréquente.

Il paraîtrait que le procédé des sutures est celui qui donne le meilleur résultat.

Observation I. — *Traitement chirurgical de l'obstruction complète du canal cholédoque.* Un cas par le docteur Monastyrki (1).

A. J..., 50 ans, cuisinière, souffrait depuis longtemps de constipation, mais à part cela était bien portante. Dans la nuit du 20 janvier 1887, elle fut prise sans cause connue, de malaises, de vomissements, puis de frissons et de sensation de chaleur et de soif. Elle ressentit de violentes démangeaisons de la peau et son urine produisait des taches jaunes sur le linge. Sa peau n'était pas, à ce qu'elle disait, colorée en jaune. Elle avait des accès de fièvre journaliers. Quatre ou cinq jours après le début de la maladie, la malade ressentit subitement en marchant une si violente douleur dans l'hypochondre droit qu'elle ne put plus faire un pas. A ce moment, en palpant la partie droite de son ventre, elle sentit une tumeur très sensible et deux ou trois jours après sa peau se colora en jaune safran.

La malade entra le 3 février à l'hôpital du village Alexandrowo. On trouva les selles complètement décolorées. Pendant deux mois, accès de fièvre journaliers (la température dépassant pendant ces accès souvent 39°), manque total d'appétit, amaigrissement, augmentation de la constipation. L'ictère avait un peu diminué depuis le 9 février, mais il persistait ; on avait constaté dès l'entrée de la malade une augmentation de volume du foie, une vésicule biliaire augmentée de volume et douloureuse à la palpation. Le 25 avril, la malade entra dans le service des maladies internes de M. le professeur Eichwald, à l'institut clinique de la princesse Hélène Pawlowna. On constata chez la malade une faiblesse excessive, une diminution du tissu graisseux, un ictère intense ; le ventre était ballonné. Souffle cardiaque anémique sous la clavicule droite, expiration bronchiale. On sentait à la palpation la vésicule biliaire sous forme

(1) Monastyryi. *Chirurg. Westnik*, 1888, n^os^ de mai et de juin. Traduit dans le *Centralblatt fur Chirurgie*, 1888, n° 42, p. 778, par G. Tilling.

d'une tumeur distendue, unie, du volume d'une grosse poire, peu mobile latéralement, et qui suivait les mouvements respiratoires. A la partie interne de la vésicule biliaire, on sent confusément une masse dure, de laquelle part un prolongement qui semble se diriger en haut, en avant et un peu en dehors, et qui semble se perdre dans l'angle formé par le côté interne de la vésicule biliaire et le bord inférieur du foie. Cette masse dure était sensible à la pression. Les matières fécales étaient décolorées, ne renfermant ni acides biliaires, ni cholestérine. L'urine était acide, avait une densité de 1007 à 1016, et donnait la réaction de la bile. La malade avait presque tous les jours à une heure un léger frisson suivi d'une élévation de température, laquelle s'abaissait de nouveau le lendemain matin. L'élévation de température était généralement plus considérable tous les quatre jours.

Comme l'état général de la malade ne s'améliorait pas, mais empirait au contraire, M. Monastyrki fit, le 4 mai 1887, la laparotomie, soit pour enlever l'obstacle à l'excrétion de la bile, soit pour créer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle. Incision sur la tumeur, longue de 16 centimètres, partant de la courbure des côtes et allant parallèlement à la ligne blanche. Ecoulement d'environ un litre de liquide ascitique. Les conduits cholédoque, cystique et hépatique furent facilement trouvés, car ils étaient fortement distendus; au point de jonction du conduit cholédoque avec le duodénum on trouva une tumeur assez dure, de surface inégale, adhérant au duodénum. Sous la face inférieure du foie, ganglions métastatiques, M. Monastyrki se décida par conséquent à créer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle. La vésicule biliaire fut sortie de la cavité abdominale et fut ponctionnée ; il s'écoula un liquide trouble, de couleur gris jaune, liquide qui devint de plus en plus épais à la fin de la ponction. On mit ensuite sur la vésicule biliaire deux compresseurs de Rydygier, puis on incisa la vésicule biliaire suivant une direction oblique, sur une longueur de deux centimètres, et on lava sa cavité avec une solution phénique à 5 0/0.

On attira ensuite au dehors une anse libre du jéjunum, on la débarrassa de son contenu en la pressant de haut en bas, et on la fixa au dehors par deux fils de soie passés en anse, puis on incisa également cette anse dans la direction longitudinale, et on recouvrit la plaie abdominale avec des serviettes désinfectées, de manière à faire les sutures de la fistule complètement hors de l'abdomen. On sutura la fistule de la manière suivante : on fixa d'abord l'intestin et la vésicule biliaire l'un à l'autre par une suture en surjet qui ne comprenait que la séreuse et on entoura cette suture en surjet d'un cercle de sutures entrecoupées de Lembert. On enleva ensuite les compresseurs qui étaient sur la vésicule biliaire, ainsi que les deux fils de soie qui servaient à attirer au dehors le jéjunum, et on ferma la plaie abdominale.

La malade supporta bien l'opération.

Le 18 mai, on change le pansement et on enlève les points de suture profonds de la paroi abdominale.

Fin mai, la malade se promenait au jardin.

La fièvre cessa le jour de l'opération. Etat général bon, cependant l'amaigrissement continue à progresser.

L'ictère devint moins intense, mais ne disparut pas complètement.

Urine abondante et plus claire qu'avant l'opération ; on pouvait cependant encore y déceler des traces de pigments biliaires.

La première selle après l'opération se produisit au bout de neuf jours, c'était une masse colorée en noir, probablement par du sang ; les selles qui suivirent celle-ci, et jusqu'au 22 mai, étaient des matières fécales complètement décolorées comme avant l'opération.

Le 23. Selle colorée.

Du 27 au 28 mai. Selles de nouveau colorées.

Du 30 mai au 5 juin. Selles normales, puis, plus tard, selles colorées.

A partir du 22 juin, vomissements fréquents; douleurs au creux épigastrique.

Le 4 juillet, la malade mourut au milieu de symptômes analogues à ceux produits par le rétrécissement du pylore.

Autopsie. — Estomac très ballonné. En ouvrant l'anse du jéjunum qui était suturée à la vésicule biliaire, on aperçoit dans cette anse une petite ouverture ronde à bords lisses qui fait communiquer cette anse avec la vésicule biliaire et qui permet l'introduction du petit doigt.

Longueur de l'intestin depuis le commencement du jéjunum jusqu'à la fistule, 2 m, 11 c: longueur de l'intestin depuis la fistule jusqu'au cæcum, 4m, 44 c.

L'endroit où siège la caroncule duodénale était envahi par des abcès cancéreux. La masse cancéreuse cheminait sans interruption jusque sur la tête du pancréas, qui était sans nul doute le point d'origine de la masse cancéreuse.

Observation II. — *Cholecystentérostomie*, O. Kappeler (1)
Résumée.

L. Max, 55 ans, chauffeur, entre à l'hôpital le 23 avril 1887.

Antécédents héréditaires : père mort phtisique à 52 ans, mère morte d'une courte maladie à 65 ans, 4 frères, 3 bien portants un mort de cause inconnue.

Aucun antécédent personnel. Le malade est marié et père de 2 enfants bien portants.

Le 20 février 1887, ictère pour lequel il consulte un médecin le 28 février.

Pas de vomissements, seulement grande faiblesse et perte d'appétit.

Ce sont les seuls symptômes avec un prurit cutané intense.

(1) O. Kappeler. Die einzeitige. Cholecystenterostomie. *Blatt fur Schwzer. Aertze*, 1er semptembre 1887, p. 513. — Nachmals die einzeitige cholecystenterotomie. *Corres. Blatt, f Schw. Aerzte*, 15 februar 1889, p,97.

Le médecin observa ictère persistant avec selles décolorées et urines colorées par le pigment biliaire. Le foie se tuméfia peu à peu et on observa que pendant ces 4 semaines de la maladie, une tumeur de la vésicule biliaire s'était formée. Le foie débordait d'un travers de doigt les fausses côtes et la tumeur adhérente au foie le dépassait de cinq à six centimétres.

Opération le 6 juin 1887. Incision sur le bord externe du muscle droit, longue de 20 centimétres, partant du rebord costal. A l'exploration aucun calcul n'est senti. On perçoit par contre une tumeur bosselée du volume du poing située obliquement sur la colonne vertébrale et un peu mobile sur elle. Cette tumeur d'après la situation répond au pancréas. La vésicule est attirée au dehors et ponctionnée, il s'écoule 350 grammes de bile. Le canal cystique est perméable.

On attire une anse grêle, et on en isole momentanément 6 centimètres entre 2 ligatures. Ponction de l'anse au trocait, agrandissement de l'ouverture aux ciseaux. Sutures mucomuqueuses. Suture séro-séreuses.

Suites opératoires bonnes. Amélioration rapide et persistante depuis le 12 juin ; selles colorées, urine ne présentant plus de réaction biliaire, prurit insignifiant, ictère presque disparu.

Le malade sort en parfaite santé le 15 juillet 1887, avec une mine superbe et une augmentation de poids de 17 livres.

Le 11 août, l'état est toujours parfait.

Le 9 octobre, état général excellent le malade a encore augmenté de 5 livres depuis le 11 août.

En avril 1888 ; l'amaigrissement commence. Le 10 juin, le malade consulte pour diarrhée et vomissement, il a perdu 15 livres. Le 10 juillet, le malade cesse son travail, il entre à l'hôpital le 18 septembre parce qu'il maigrit, qu'il est très faible et qu'il vomit. Le malade meurt le 23 décembre 1888.

Autopsie, le 24 septembre à dix heures et demi du matin. — Corps très amaigri. Rigidité cadavérique moyenne. Commencement de coloration bleu verdâtre de la paroi abdominale.

Rien à l'ouverture du crâne, à part un léger épaississement des méninges.

La cicatrice du ventre mesure 21 centimètres, elle est parallèle à l'axe du corps. Pour trouver les intestins autant que possible dans la même situation que pendant la vie, on pratique avant l'ouverture du thorax l'ouverture de l'abdomen au moyen d'une incision longitudinale à gauche de l'ombilic puis d'une incision faite transversalement. On ne découvre ainsi, à part le rebord du foie, qu'un estomac très dilaté et dans l'hypochondre droit une anse intestinale. L'estomac distendu d'une façon colossale s'étend sous le rebord costal gauche à 11 centimètres en haut. La grande courbure s'étend jusqu'à la ligne axillaire gauche. En bas il atteint la région inguinale et la vessie. A droite, il s'étend jusqu'au delà de la ligne mamelonnaire et n'admet entre lui et la paroi qu'une anse intestinale. L'antre du pylore a une direction ascendante oblique de gauche à droite comme la première portion du duodénum. La seule anse intestinale qui soit visible est précisément celle qui est suturée à la vésicule biliaire. Cette vésicule et l'endroit de l'anse suturée sont soudés à la paroi abdominale par des brides fibreuses. On sectionne ces adhérences avec précaution au moyen du scalpel et des ciseaux, on rabat complètement la partie gauche de la paroi abdominale et on repousse vers la gauche le pylore. On voit alors encore mieux la vésicule biliaire étirée et allongée. Elle dépasse le rebord du foie de 7 centimètres et elle est comme à cheval sur le côlon qu'elle ne déprime pas ni ne comprime. Après avoir soulevé l'estomac et le commencement du duodénum et les avoir séparés du côlon transverse, on relève le foie en dehors et en haut. On voit alors la veine porte, et en mettant à nu le sillon du foie, on aperçoit le conduit cholédoque quadruplé de volume et le canal cystique augmenté de longueur et sinueux.

La grande dilatation de l'estomac et de la partie horizontale du duodénum, l'affaissement des autres parties du duodénum firent supposer qu'il y avait occlusion à la partie moyenne de cet intestin. Pour voir où siégeait exactement cette occlusion,

on lie l'estomac au niveau du pylore et le duodénum à sa jonction avec le jéjunum. On pratique alors une ouverture au-delà de chaque ligature, et par chaque ouverture on introduit un doigt. On peut voir ainsi que le calibre était partout conservé, que la muqueuse était partout intacte, ainsi que le duodénum à la limite de sa partie moyenne et de sa partie inférieure était comprimé jusqu'à accolement de ses parois par la tête du pancréas qui était tuméfiée. Une sonde introduite dans le canal cholédoque pénètre avec une certaine résistance jusque dans l'intestin. Après l'ouverture de ce conduit sur la sonde, on voit qu'il est fortement dilaté jusqu'à l'endroit où il pénètre dans le pancréas (sa circonférence est de 4 cent.) Là il se rétrécit subitement. Ses parois sont encore reconnaissables par le tissu du pancréas, mais elles sont comprimées parfois jusqu'à l'oblitération de la lumière du canal. Lorsqu'on examine le pancréas en commençant par la queue de cet organe, on ne trouve aucun changement si ce n'est quelque augmentation de largeur en certains points. Par contre la tête de cet organe est transformée en une tumeur du volume d'un œuf environ. Cette tumeur est bosselée, résistante, à la coupe, elle a une coloration gris blanc. Elle est adhérente en arrière avec les gros vaisseaux et en particulier avec la veine cave. A droite elle adhère au duodénum et, comme nous l'avons déjà dit, elle comprime jusqu'à accollement les parois du cholédoque et du duodénum.

En faisant une coupe à travers la queue du pancréas on aperçoit le conduit de Wirsung qui est libre et fortement élargi (sa circonférence a 2 c.). Il est rempli d'un liquide à consistance sirupeuse et à coloration gris brun. On peut encore poursuivre ce canal jusqu'a la tête du pancréas qui est augmentée de volume par la tumeur, là il s'élargit en forme de sac. La fin du canal et son union à l'intestin ne purent être découverts et on put par conséquent admettre que la tumeur en cet endroit avait complètement envahi la fin de ce canal. Le canal hépatique était élargi d'environ 3 fois son volume, de même ses rameaux principaux. Les rameaux de second et troisième ordre sont aussi fortement

élargis aussi loin qu'on les poursuit. Le foie est plutôt atrophié, il possède des bords tranchants. La vésicule biliaire et l'intestin grêle se trouvent exactement à $2^{m}26$ c. au-dessus de la valvule iléo-cæcale et la longueur totale de l'intestin grêle est de $6^{m}70$ c. La muqueuse de l'intestin est partout rouge pâle. Les plaques de Peyer sont d'un gris ardoisé dans les environs de la valvule iléo-cæcale. Le contenu de l'intestin, dans le gros intestin et dans l'intestin grêle jusqu'au niveau de la fistule, est coloré en jaune brun. Le contenu de la partie de l'intestin grêle située au-dessus consiste en une bouillie gris blanche. On peut déjà par le contenu de l'intestin reconnaître les deux portions de l'anse intestinale qui est unie à la vésicule biliaire. Si on introduit une grosse sonde boutonnée à travers la vésicule biliaire préalablement ouverte dans l'intestin, cette sonde tombe toujours dans le bout inférieur et jamais dans le bout supérieur de l'anse. Le bec de la sonde ne rencontre nulle part de résistance. D'autre part, il est impossible d'introduire la sonde dans la vésicule biliaire, soit par le bout supérieur, soit par le bout inférieur de l'anse intestinale. Si on verse de l'eau dans la partie inférieure de la vésicule biliaire, si on la soulève, l'eau s'écoule uniquement par la portion descendante de l'anse intestinale. Si on élève en forme d'entonnoir l'anse intestinale qui correspond à la fistule et qu'on la remplisse avec de l'eau il ne s'en écoule pas une goutte dans la vésicule. Et on aperçoit alors l'ouverture de la fistule, entourée de replis rayonnés, et c'est seulement en soulevant ces replis avec une pointe ou un crochet que l'eau s'écoule.

Quelques ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux situés aux environs de la tumeur du pancréas forment des noyaux de la grosseur d'un haricot, jusqu'à celle d'une petite noisette. Ils sont constitués en totalité ou en partie d'une substance d'une couleur gris blanc. Sans cela on ne trouve dans aucun organe des noyaux métastatiques ou d'autre altération pathologique qui mérite d'être notée. Il y a de l'œdème des poumons. La tumeur du pancréas est dure à la coupe et présente une coloration blanche. On remarque dans certaines portions des petits noyaux de forme

ronde ou ovale et qui sont plus mous que le reste de la tumeur. Il y a de ces noyaux qui sont perforés en forme de tamis. On remarque aussi dans la tumeur des lignes sans ordre régulier, colorées en jaune. Si l'on pratique une coupe à travers les parties plus molles de la tumeur, on observe alors la structure alvéolaire du tissu conjonctif, fibres conjonctives interrompues en cartains points par des cellules. La surface interne des alvéoles présente un revêtement uniforme formé par une couche unique de cellules à noyaux. Dans la cavité alvéolaire on observe des cellules épithéliales plus ou moins nombreuses, de grandeur variable, présentant des formes multiples et un ordre irrégulier. Dans d'autres points plus durs de la tumeur, on trouve, indépendamment des vaisseaux sanguins, de petites alvéoles de forme allongée, ovale ou ronde et un tissu conjonctif en quantité plus considérable que dans les alvéoles. En d'autres endroits, la tumeur est presque uniquement formée de tissu conjonctif et aussi interrompu par des canaux remplis de cellules épithéliales de longueur plus ou moins considérable. Ces canaux se ramifient par places ou donnent des terminaisons latérales en bouton, le tout rempli de cellules. Ces deux formes ne tardent pas à se confondre. Dans la queue du pancréas, on trouve du tissu normal. Il s'agit, par conséquent, d'un fibro-carcinome, c'est-à-dire un squirrhe de la tête du pancréas.

Observation III. — *Ectasie de la vésicule biliaire par obstruction du canal cholédoque. — Ictère. — Cholécystoentérostomie. — Un cas. — Guérison,* par Socin (1).

Elisabeth L..., 51 ans, ménagère, originaire du canton d'Argovie.

La mère de la malade mourut d'un carcinome de l'œsophage;

(1) Sccin. Ectasie der Gallenblase megen Verschluss des ductus Choledochus, Icterus einzeitige, Cholecytoenterostomie 1 Fall. W. Geheill, (*Jahesbericht uber die Chirurgische bbtheilung des Spitals zu Basel warend des Jahres,* 1887 ; 1888, p. 60.

la malade a quatre frères et sœurs et trois enfants qui se portent bien. Elle eut une pneumonie en 1888 et, il y a vingt-deux ans, une maladie fébrile dont l'origine ne fut pas déterminée ; à part cela, elle était toujours bien portante. Il y a onze semaines, elle fut prise subitement de crises douloureuses dans la région ombilicale ; accès douloureux qui persistaient parfois durant une heure et demie. Huit jours après survint, pendant la nuit, de l'ictère à la face et aux yeux, qui se propagea rapidement sur tout le corps.

Selles régulières, de couleur gris cendré. Il y a cinq semaines, on observa dans la région supérieure droite de l'abdomen une tumeur qui s'accrut lentement. Diminution progressive de l'appétit ; démangeaisons insupportables de la peau.

Elle entre à l'hôpital de Bâle, dans le service de M. le professeur Socin, le 5 novembre 1887, et présente à ce moment l'état suivant ; État cachectique, grande maigreur ; la peau et les muqueuses ont une coloration variant du jaune verdâtre à la couleur du bronze. L'urine contient beaucoup de pigments biliaires, les selles sont d'un gris blanc. L'abdomen est flasque. Le bord inférieur du foie déborde de quatre travers de doigt la courbure des fausses côtes droites. Dans la partie droite de l'abdomen, en constate une tumeur fortement distendue du volume d'un œuf d'oie, et dont le pédicule se perd sous le milieu du bord droit du foie. Cette tumeur est un peu mobile latéralement, mais complètement immobile dans la direction verticale.

Le 19 novembre 1887, on fait la cholécystoentérostomie, d'après Kappeler : 1° incision de quatorze centimètres de long sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen, en incisant couche par couche les tissus de la paroi abdominale. A la partie inférieure de la plaie, on aperçoit de suite la vésicule biliaire.

2° On ouvre la vésicule biliaire à la partie antérieure de sa face inférieure par une incision de un centimètre et demi de long, après avoir préalablement fixé la vésicule biliaire à chaque extrémité de l'incision au moyen de deux fils de soie qui

traversent ses parois. On recueille 390 centimètres cube de bile visqueuse, d'une coloration noirâtre. On ne trouve pas de calculs dans la vésicule. On ferme l'ouverture de la vésicule biliaire provisoirement au moyen d'une pince-artère.

3° On va à la recherche, dans la cavité abdominale, de l'obstacle qui obstrue le canal cholédoque. On ne trouve d'adhérences ni à la face antérieure, ni à la face latérale droite de la vésicule droite de la vésicule biliaire. Sa partie gauche est unie au grand épiploon par une large adhérence. On sectionne cette adhérence entre deux ligatures. On prolonge à sa partie supérieure l'incision abdominale jusqu'au voisinage de la courbure des côtes; on peut alors facilement explorer la face inférieure de la vésicule biliaire et on arrive jusqu'au hile du foie. On ne trouve rien d'anormal dans cette région, mais en continuant l'exploration de la région située à la partie inférieure du foie et en se reportant vers la partie médiane du corps, on arrive à sentir avec le doigt une tumeur présentant de grosses bosselures, et qui par sa forme irrégulière fait penser d'abord que l'on a affaire à un calcul siégeant dans le canal cholédoque; mais par un examen plus attentif on constate une immobité complète de la tumeur, et, comme l'on constate aussi qu'elle adhère à la colonne vertébrale, on est amené à supposer une tumeur du pancréas. On ne cherche plus, par conséquent, à enlever l'obstacle, et on se décide à pratiquer une fistule de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle.

4° On attire hors de la cavité abdominale l'anse d'intestin grêle qui est la plus rapprochée de la vésicule biliaire, on la vide en la pressant de haut en bas, puis un aide la comprime avec les doigts un peu au delà des limites extrêmes de l'incision que l'on se propose de faire. On pratique alors sur le bord libre de cette anse intestinale une incision de douze millimètres de long. On rapproche cette plaie intestinale de celle de la vésicule biliaire qui est fermée par la pince courbe et on réunit provisoirement les bords des deux plaies par sept sutures internes de Woelfler. On enlève alors la pince courbe et on avive les bords

de la plaie de la vésicule biliaire en commençant par la partie postérieure des deux plaies au moyen d'une suture continue au catgut. Comme la plaie de la vésicule biliaire était un peu trop grande il a fallu la rétrécir à son angle supérieur d'environ cinq millimètres au moyen de sutures au catgut et de sutures de Lembert. On ferma ensuite la partie antérieure de la fistule au moyen d'une suture continue au catgut et de huit sutures à point séparés de Lembert.

Après désinfection de la cavité abdominale, on ferma la plaie de la paroi de l'abdomen par des sutures en étages.

Pansement au sublimé.

Evolution sans réaction fébrile ; la température la plus élevée fut de 38°,1 au troisième jour de l'opération.

L'urine qui fut émise naturellement dans la soirée du second jour ne contenait plus de bile. Au septième jour, selle normale, abondante : les premières matières fécales rendues sont gris cendré ; les suivantes sont colorées en brun.

L'ictère diminue lentement, les démangeaisons de la peau disparaissent ; le pouls qui, antérieurement à l'opération, était ralenti, redevient normal.

La plaie de l'abdomen se cicatrise.

La malade quitte le service le 30 décembre dans un très bon état général : l'appétit et les selles sont normaux. Le poids du corps a augmenté de cinq kilogr.

La malade se présente de nouveau au bout de quatre semaines : l'ictère a complètement disparu, à part une légère coloration des conjonctives. L'état général est excellent.

La malade n'a pas été suivie depuis. Cependant on peut considérer ce cas comme un cancer du pancréas car l'exploration a montré une tumeur occupant la place de cet organe. L'état général excellent, suivant rapidement l'opération, est en faveur de l'intervention.

Observation IV. — *Cholécystoentérostomie*, par M. le professeur Tillaux (1).

Le 13 janvier 1890, mon collègue le Dr Bucquoy faisait passer dans mon service un homme atteint d'une obstruction des voies biliaires, le nommé Gabriel R..., employé de commerce, âgé de 38 ans. L'affection datait de 20 mois et avait consisté tout d'abord en une teinte ictérique, sans douleur et sans altération notable de la santé générale. Depuis trois mois de vives douleurs étaient apparues dans l'hypocondre droit ainsi que dans la région épigastrique et, depuis une vingtaine de jours, ces douleurs avaient pris un caractère d'une acuité extrême. A son entrée le malade présentait l'état suivant : toute la surface du corps était d'une couleur jaune verdâtre très foncée ; les urines étaient noires et les matières stercorales absolument blanches comme du plâtre. Il existait donc à coup sûr une obstruction des voies biliaires.

Dans la région de la vésicule biliaire nous constatâmes l'existence d'une tumeur lisse, régulière, débordant à gauche la ligne médiane et descendant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il n'était pas douteux que ce ne fût la vésicule elle-même extrêmement distendue.

Quant à la cause de l'obstruction nous restions dans le doute. Cependant vu la marche de l'affection et l'absence complète de coliques hépatiques, nous émettions l'hypothèse probable d'une tumeur comprimant le cholédoque.

L'état du malade nécessitait une intervention rapide et de concert avec mon collègue et ami le Dr Chaput nous mîmes à exécution le projet suivant :

La première indication était d'ouvrir la vésicule biliaire, c'est-

(1) Tillaux. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 16 avril, 1890.

à-dire de pratiquer la cholécystotomie. Mais si le canal cholédoque était complètement oblitéré, cette opération n'était pas suffisante, puisqu'une fistule biliaire permanente devait en être la conséquence. Il fallait donc dans cette hypothèse songer à rétablir le cours de la bile dans l'intestin par une voie détournée, c'est-à-dire pratiquer une cholécystentérostomie. Toutefois, cette dernière opération n'a de raison d'être elle-même que si le canal cystique est perméable, puisque, sans cette condition la bile ne pénètre pas dans la vésicule. Or, cette dernière notion nous manquait absolument.

Nous résolûmes donc avec M. le Dr Chaput d'ouvrir la vésicule biliaire d'attirer ensuite une anse d'intestin grêle, celle qui se présenterait et de fixer cette anse à la paroi abdominale et à la vésicule elle-même.

Ce plan fut exécuté méthodiquement et sans difficulté, la vésicule découverte fut ponctionnée, attirée à travers la paroi abdominale et ensuite largement ouverte; les deux lèvres furent fixées à la paroi, le liquide qui s'écoula était grisâtre, et ne rappelait que très peu la couleur de la bile. L'exploration de la cavité de la vésicule, pratiquée avec le doigt, ne permit de découvrir la présence d'aucun calcul, mais j'avoue qu'il me fut impossible par cette manœuvre de m'assurer de l'état des canaux cystiques et cholédoques.

Nous appliquâmes un pansement approprié et le malade fût reporté dans son lit.

Le résultat de cette première manœuvre fut considérable, c'est-à-dire que le malade fut absolument débarrassé de toute espèce de douleur, ce qu'il exprimait avec une joie extrême.

Le canal cystique était-il perméable ? Nous fûmes pendant 48 heures avant de pouvoir répondre à cette question, car la plaie ne donnait lieu à aucun écoulement de bile. Cela tenait sans doute à ce que la vésicule s'était remplie d'un caillot sanguin que je dus extraire avec les doigts. Enfin la bile s'écoula et les matières fécales restant absolument blanches, il devint évident que nous serions amenés à rétablir une communication

entre la vésicule et l'intestin soudés l'un à l'autre et dont la soudure s'était très bien maintenue.

Huit jours après notre première opération, jugeant que nos adhérences étaient suffisamment solides, nous procédâmes à l'établissement de la fistule biliaire intestinale.

Pour y parvenir nous eûmes recours au procédé usité pour couper l'éperon dans l'anus contre nature. Pour cela, il me suffit de pratiquer au bistouri sur l'intestin une ouverture suffisante pour y introduire la branche d'une pince disposée à cet effet; l'autre branche fut introduite dans la vésicule et les deux branches rapprochées serrèrent la cloison intermédiaire et devenue en quelque sorte commune aux deux organes.

La pince tomba le septième jour, laissant une large communication entre la vésicule et l'intestin. A partir de ce moment les matières fécales reprirent leur couleur jaunâtre.

Notre but était donc réalisé; nous avions obtenu une cholécystentérostomie. Mais il fallait procéder au troisième temps, c'est-à-dire fermer la vésicule, l'intestin et la plaie abdominale.

Nous procédâmes à ces diverses opérations le 28 janvier. Je fus très gêné par le sang qui s'écoulait en grande abondance au plus léger attouchement de la plaie. Cependant nous parvînmes au résultat d'une manière satisfaisante; mais les sutures cédèrent après 48 heures à cause surtout de nombreuses quintes de toux déterminées par une bronchite que le malade avait contractée le jour de l'opération.

Il succomba quelques jours après en pleine cachexie cancéreuse; nous trouvâmes en effet à l'autopsie un cancer du pancréas propagé au foie.

Observation V. — 1 cas de M. Reclus

M. de M..., Portugais de 36 ans qui vient de Lisbonne me consulta le 23 mai de l'année courante : je l'examinai le jour même avec l'assistance du Docteur Ettinger. La maladie avait

débuté au mois de septembre 1891, par des troubles digestifs accusés, des douleurs après le repas vives surtout à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Mais leur caractère n'a rien de précis et ne semble jamais avoir revêtu la forme de colique hépatique. Les souffrances persistèrent avec quelques intermittences pendant plusieurs mois. En février 1892 elle se compliquèrent d'un ictère. Celui-ci se fonce de plus en plus. Il n'y a pas de fièvre, mais un amaigrissement progressif, une grande faiblesse et des démangeaisons insupportables. Ces phénomènes s'accentuent en mars, en avril et en mai. A ce moment le Docteur Fernand de Macedo, qui craignait un cancer de la tête du pancréas envoie le malade à Paris, où nous constatons l'état suivant.

L'ictère est intense et tel qu'il est difficile d'en voir de plus accusé : les sclérotiques, sont d'un jaune brun, les téguments d'une teinte acajou ; les démangeaisons sont insupportables ; le malade se gratte sans cesse et la peau est recouverte d'une éruption généralisée de prurigo. Les matières fécales sont décolorées, boueuses et d'une odeur infecte ; les urines remplies de pigment biliaire contiennent un peu moins d'urée et 32 centigrammes d'albumine. Le foie est énorme : il mesure 23 centimètres sur la ligne médiane, 28 sur la ligne mamelonnaire, sa surface régulière, de résistance normale, sans fluctuation, forme une voussure énorme accentuée à l'épigastre ; le rebord en est mousse et nulle part la palpation ne révèle la présence de la vésicule biliaire ; la rate est normale, les principaux viscères sont sains. L'appétit est conservé, mais la digestion est pénible elle s'accompagne de pesanteurs et d'irradiations douloureuses dans l'hypocondre gauche,

Il s'agissait évidemment d'un ictère par rétention et nous pensons à une occlusion du cholédoque soit par un cancer de la tête du pancréas ou des voies biliaires soit par un calcul, soit même par une tumeur de voisinage. Notre malade eut voulu un diagnostic plus précis et gouta fort notre avis de voir quelques uns de nos collègues ou de nos maîtres. Il en usa largement : le

25 mai il consulte le Docteur Bouchard, qui confirme nos réserves, tout en penchant vers l'hypothèse d'un cancer du pancréas : le 1er juin, il appelle M. Hanot qui incline plutôt vers un calcul ; le 14 juin il voit M. Dieulafoy, qui partage cette opinion ; le 18 juin, une même consultation réunit MM. Hanot, Périer, Œttinger et moi. Nous concluons à la nécessité d'une laparotomie exploratrice qui selon nous ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe cholédochotomie ou entérostomie biliaire. Notre Portugais réclame alors un supplément d'information, il réunit son dossier qui renferme les avis de MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot, Œttinger, Périer et nous et part pour l'Allemagne.

A. Strasbourg le Docteur Naunyn conclut à une cirrhose et déconseille toute opération ; à Heidelberg, Kusmaül prononce aussi le mot de cirrhose ; il trouve que la rate est grosse, accident passager sans doute, car personne de nous ne l'avait constaté avant le départ et ne le constata au retour ; il s'oppose à l'intervention chirurgicale. Czerny n'est pas du même avis il admet une cirrhose secondaire et consécutive à une obstruction du cholédoque et, comme nous, propose une laparotomie exploratrice que suivra certainement une incision du cholédoque ou une entérostomie biliaire. Mais il devait revenir sur cette opinion et au bout de 15 jours, lorsque le malade se dispose à regagner Paris, Czerny signe une consultation nouvelle ou il conclut à l'abstention : pour lui, la déchéance organique est telle qu'il y aurait danger à intervenir.

Le 15 juillet retour à Paris ; le 22, consultation de MM. Périer, Terrier et Œttinger ; M. Terrier se rallierait volontiers à l'hypothèse de M. Bouchard, mais conseille néanmoins la laparotomie suivie selon le cas de cholédoctomie ou de cholécysto-entérostomie. Le malade ne peut s'y décider et suit sous la direction de M. Bouchard un régime à la glycérine aux peptones, au benzonaphtol. Il y eut d'abord un léger amendement, mais le foie reste aussi voluminenx, la diarrhée aussi tenace, les douleurs épigastriques ne s'apaisent pas et enfin le 8 août apparaît un

signe qui éveille les inquiétudes : la température monte à 39° sans frisson, il est vrai et sans autre symptôme que la hausse thermométrique, Le soir, du reste, la colonne mercurielle redescendait à moins de 37°.

Le 10 août, lorsque M. Bouchard revient, il constate l'inefficacité des moyens médicaux ; les symptômes d'obstruction ne font que s'accentuer, mais comme d'autre part l'appétit est conservé, comme le coefficient de l'urée est normal d'après les dernières analyses, comme, depuis quelque temps le poids du malade n'a pas varié comme on a reconnu par plusieurs expériences, l'absence de glycosurie alimentaire, M. Bouchard croit un peu moins au cancer et un peu plus au calcul ; il se prononce alors pour l'opération que le malade accepte, grâce à cette haute influence, et nous la pratiquons le 13 août. M. Périer nous avait promis son concours, mais il avait dû s'absenter de Paris et c'est notre collègue, M. Chaput, qui voulut bien nous servir à la fois d'aide et de conseil.

Une incision de 14 centimètres environ est pratiquée sur la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus, 7 centimètres au-dessous de l'ombilic ; nous arrivons sous le foie, énorme et d'une couleur brune très foncée ; sous son rebord mousse apparaît la vésicule biliaire, son volume dépasse les deux poings, et comme elle est rejetée en dehors, nous devons, pour l'atteindre, nous donner du jour et, à notre incision verticale, ajouter un débridement transversal. La vésicule et le canal cystique explores du doigt sont libres ; mais le cholédoque, vers la tête du pancréas est nettement oblitéré par une tumeur, sans doute un calcul du volume d'une noix. Il est si enclavé et si profondément situé, que son extraction nous paraît impossible. Nous cherchons alors le duodénum, peu accessible aussi et nous voyons qu'on ne saurait le rapprocher de la vésicule. Il en est de même de la première anse jéjunale, aussi prenons nous une anse grêle quelconque qui puisse sans traction dangereuse être mise en contact avec la vésicule.

Nous ponctionnons avec une aiguille de Dieulafoy, la vési-

cule isolée des organes voisins par des compresses stérilisées, la bile sirupeuse noire comme du goudron, s'écoule avec peine d'abord, puis elle devient plus fluide et nous en retirons ainsi 480gr. C'est alors que nous nous mettons en mesure de pratiquer l'entérostomie : une première rangée de sutures séro-séreuses est placée, d'une part sur la vésicule, perpendiculairement à son axe, et le plus près possible de son fond, d'autre part sur l'intestin parallélement à son axe, et le plus près possible de son insertion mésentérique ; 6 points séparés à la Lembert sont ainsi passés avec l'aiguille à pédale de Chaput ; puis une deuxième rangée séro-séreuse, absolument identique à un centimètre au-dessus de la première. Vient alors le 2me temps, l'incision de l'intestin et de la vésicule ; cette double boutonnière, de un centimètre et demi, est faite à un centimètre au-dessus de la dernière ligne de sutures, et les lèvres de la plaie saignante sont saisies avec les pinces à crémaillère.

Un étage de sutures muco-muqueuses unit les lèvres postérieures de la boutonnière intestinale, et de la boutonnière de la vésicule ; les fils en sont noués dans la lumière des 2 conduits. Nouvelle rangée muco-muqueuse sur les 2 lèvres antérieures, mais nouée cette fois hors de la lumière de l'intestin. Nous pratiquons alors une cinquième ligne de sutures, mais celle-ci séro-séreuse, et identique aux 2 premières, elle est située à 1 centimètre au dessus de la double boutonnière ; nous en aurions voulu une sixième, mais l'étoffe manque du côté de la vésicule, et nous nous contentons de placer, çà et là quelques points de renfort. La toilette du péritoine est pratiquée avec des éponges sèches ; nous suturons la paroi abdominale, et le malade rapporté dans son lit ne doit prendre dans la journée que de de la glace et quelques cuillerées de grog.

Le samedi soir, le dimanche, furent excellents, et jusqu'au lundi matin, la température ne dépassa pas 37°. Dans l'après midi, l'opéré fut pris tout à coup d'un violent frisson avec claquement de dents, et la colonne mercurielle, dépassa 40°. Je trouvai l'opéré faisant ses adieux à sa famille, et j'eus peur.

Cependant, le ventre restait souple ; il n'y avait pas de douleur, pas de vomissements ; le soir, la température redescendait à 38°, à 37° le mardi matin ; vers 2 heures, il survint un nouveau frisson, mais moins intense que la veille, et ce fut notre dernière alerte ; le mercredi, selle abondante ; l'apyrexie était complète ; au 7me jour, j'enlevai les fils, la réunion était obtenue ; le 15me jour le malade se levait. Le succès opératoire était donc superbe,

En était-il de même du succès thérapeutique ? Un 1er bénéfice c'est que l'intervention terminée, la démangeaison se calma ; le malade qui, sur le lit d'opération, se grattait sans mesure, même au début de la chloroformisation, remarqua, presque au réveil, que le prurit avait cessé.

Dès les premiers jours aussi, l'albuminurie disparut; puis l'urine se décolora ; au 4me jour le pigment biliaire était beaucoup moins abondant, et il n'y en eut bientôt plus de trace. L'appétit revint et, le 7me jour, le foie, qui, avant l'intervention, mesurait 28 centimètres sur la ligne mamelonnaire, n'en avait plus que 17. Mais il restait un point noir : les premières selles avaient bien pris une certaine coloration, et on y apercevait çà et là les stries vertes de la bile, mais la sécrétion biliaire était fort diminuée, et le 31 août, 18 jours après l'intervention, lorsque M. Bouchard revint voir le malade, il contasta que le bol fécal était trop abondant, la digestion incomplète, les matières encore décolorées et boueuses ; il se demanda si les cellules hépatiques n'avaient pas été en partie détruites par cette obstruction totale qui avait persisté près de 11 mois, le pronostic demeurait en suspens.

Mais aujourd'hui, plus de 3 mois et demi après notre intervention, nos craintes se sont dissipées et la situation est excellente. Notre collègue Sabourin, dont on connaît la compétence spéciale pour tout ce qui a trait au foie, nous écrit que les selles sont normales, moulées, colorées ; l'appétit est bon, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, la teinte des téguments est comme avant la maladie, et l'opéré a regagné 11 kilogrammes atteignant à peu près son poids primitif. Il ne se plaint en définitive que d'une douleur épigastrique qui revient après les repas et que fait

disparaître la position horizontale. En fait, ajoute M. Sabourin, M. de M...., vit de la vie commune de tous les gens bien portants.

L'amélioration progressive s'affirma jusqu'au milieu de février, 1893. Mais dès lors l'appétit commence à diminuer, et au 15 mars il y a perte de poids de 3 kilogr. Les douleurs reviennent, et le 23 mars, il recommence la série des visites à ses médecins de l'année précédente, M. Bouchard rejette absolument l'idée de cancer étant donné l'évolution de la maladie depuis l'intervention. Le 28 mars, M. Hanot repousse également l'idée d'un néoplasme, ainsi que M. Dieulafoy, le 5 avril. Le professeur le Dentu mandé le 12 avril conseille la laparatomie exploratrice qui est faite le 10 avril avec l'aide de M. Chaput.

L'incision est faite sur l'ancienne cicatrice, et après libération des adhérences, le foie est normal. L'anastomose est parfaite, mais en arrière on trouve une masse aplatie, ligneuse, plus large que la paume de la main immobile, fixée aux parties profondes par de solides adhérences. Il s'agissait évidemment d'une tumeur maligne, d'un néoplasme inopérable et le ventre est refermé.

La guérison opératoire fut rapide, les douleurs reprirent 4 ou 5 jours après, chaque semaine se chiffre depuis lors par une perte de poids de 4 à 500 grs.

L'opéré meurt après avoir eu des hématemèses abondantes qui ont hâté le cachexie le 9 juin.

Autopsie. — Le pancréas est atteint de dégénérescence carcinomateuse dans toute son étendue, la masse méophasique obture le cholédoque et comprime le duodénum, Le foie est déjà atteint de carcinome secondaire...

La vésicule biliaire est trouvée vide et unie à l'iléon par une belle suture bien solide. L'anastomose siège à 1 mètre environ de la valvule iléo cœcale. Son orifice d'un diamètre de 5 millimètres environ est tubulaire, régulièrement arrondi. Ses petites dimensions expliquent ce fait observé à plusieurs reprises : la décoloration subite des matières qui bientôt reprenaient leur couleur normale. En effet, il suffisait d'une petite congestion de

la muqueuse intestinale pour arrêter pendant un certain temps le cours de la bile qui de la vésicule devait se rendre dans l'iléon. Quand à la vésicule elle-même l'existence de l'orifice anormal en son point le plus déclive avait permis sa rétraction ; elle n'était point cependant semblable à un canal ainsi qu'on l'a observé dans d'autres cas ; elle avait à peu près les dimensions d'une vésicule normale. »

Oservation VI. — C.., Dr Nimier, extrait de la *revue de chirurgie*, 10 juillet 1894.

Carcinome de la papille duodénale. — Ictère par obstruction, cholécystotomie. Kyste pancréatique, pancréatotomie, cholé cystentérostomie secondaire. (Weir, 23 décembre 1893.)

Homme de 35 ans, alcoolique, commence à devenir jaune, éprouve chaque jour un ou deux frissons, voit son appétit et ses forces diminuer rapidement.

Le 7 mars 1893 appétit faible, température autour de 38°, le foie énorme descend à 3cm5 de l'ombilic, vésicule indistincte, rate grosse, abdomen distendu tympanique.

La jaunisse est très marquée les selles très peu colorées ; l'urine acide, légèrement albumineuse est fortement teintée par la bile diagnostic. Obstruction des voies biliaires probables et du canal cholédoque. Le 8 mars incision de 12cm5 parallèle au bord costal droit et à 6 cent au-dessous de lui. Ponction de la vésicule dont on retire 150 à 200 grs de bile aqueuse légèrement verdâtre Le doigt introduit dans la vésicule ne sent rien. Une sonde uréthrale n° 12 pénètre dans le canal cystique mais ne parvient pas dans le cholédoque.

La palpation du cholédoque et du pancréas ne révèle rien, mais on reconnaît que le pancréas est triplé de volume et au niveau de sa tête existe une tuméfaction fluctuante ponctionnée avec une aiguille hypodermique qui laisse échapper un liquide clair comme du suc pancréatique puis incisée donne 60 à 90 gr. de liquide opalescent. L'exploration de ce kyste ne révèle rien ; un

stylet ne peut pénétrer dans le duodénum. Drainage de ce kyste ou plutôt du conduit dilaté du pancréas avec un tube de verre garni de gaze iodoformé.

La fistule biliaire est drainée et suturée à la paroi abdominale. Les drains sont reliés par des tubes en caoutchouc à des récipients.

Suites opératoires.— L'ictère disparait rapidement. Les selles restèrent peu colorées avec beaucoup de graisse libre. Le malade se nourrissait assez bien. Pas de température au-dessus de 38°. Aucun frisson. L'analyse du liquide recueilli par le drain de la vésicule biliaire montre que le suc pancréatique ne remontait pas par le canal cholédoque dans la vésicule. Il faut donc établir en plus d'une cholécystentérostomie, une fistule pancréatique intestinale.

Six jours après la première opération Weir rouvre l'incision abdominale la fistule pancréatico intestinale est jugée impossible à faire. On ferme la plaie pancréatique, 8 à 10 minutes suffisent pour fixer la vésicule abdominale dans une incision de la partie supérieure du jejunum. L'opéré succombe au bout de 2 heures.

A l'autopsie on trouve une petite tumeur allongée dans la papille duodénale.

Observation VII. — *Cholecystentérostomie pour cancer du pancréas*, par le Dr Abbe (1).

En octobre 1893, le Dr Abbe fait une cholecystotomie à cette malade âgée de 40 ans pour un profond épuisement amené par obstruction au cours de la bile depuis 4 mois. Il trouve une petite tumeur dure du conduit.

Le 20 Février 1894, reouverture de l'abdomen et cholécystoduodénostomie à l'aile du bouton de Murphy qui passe le

(1) Cholecystentérostom by. Murphy's button. Annals. of surgery. Phila. 1895, 73.485.

douzième jour dans les selles. A des intervalles diffèrents, la malade a trois attaques de coliques hépatiques. La malade meurt dix mois après la cholecystentérostomie.

A l'autopsie, on frouve un cancer de la tête du pancréas avec obstruction du cholédoque. Le canal cystique était un peu envahi et obstrué. L'ouverture de la cholécystentérostomie était complétement fermée par la rétraction cicatricielle,

Cette sténose se démontrait par la distention en amont lorsqu'on injectait du liquide, et qui ne permettait à aucun liquide de passer. On trouve un cancer de la tête du pancréas.

Observation VIII. — *Cholecystentérostomie pour cancer de la tète du pancréas* par M. Quénu

G..., O..., 45 ans cocher.

Le malade ne présente absolument rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. En 1870 fièvre typhoïde, 1893, pneumonie gauche. Aucune autre maladie. Jamais de coliques hépatiques.

Il prétend cependant être depuis très longtemps sensible à la moindre pression au creux épigastrique et ne pouvoir supporter rien qui appuie sur cette région.

Maladie actuelle. Aucune étiologie, sauf peut-être de grands ennuis. En avril 1896, son cheval s'emporte et il tombe de son siège sur les reins, mais il peut continuer son travail.

Début de la maladie, au commencement de novembre 1896, par des troubles digestifs, perte de l'appétit, et vomissements le matin de ce qu'il avait mangé la veille au soir, au point qu'il avait renonçé à essayer de manger le soir. Vers la fin de novembre il a ressenti de fortes démangeaisons le soir et la nuit surtout. A cet époque, il a eu quelques plaques d'urticaire.

Au commencement de décembre il a remarqué que ses conjonctives devenaient jaunes, l'embarras gastrique augmentant et ses digestions étant toujours lentes ; il prend 40 grammes de

sulfate-de-soude, puis son ictère augmente progressivement en quinze jours, il est généralisé et intense *avec des rémissions*. Depuis le début de l'ictère il a remarqué que ses urines étaient très foncées.

A la fin de Décembre, il remarque, sur la demande d'un médecin consulté a ce moment, que ses matières étaient décolorées,

En janvier 1897, il a eu un peu de fièvre, il entre à Beaujon le 7 janvier et y reste deux mois environ. Régime lacté, calomel, eau de Vichy, lavements froids.

Il entre dans le service de M. Chauffard le 27 Mars 1897. Ce malade n'a jamais souffert; pas de coliques, pas de douleurs intenses au niveau de l'estomac. Depuis le début de la maladie il a beaucoup maigri. En Septembre 1896, il pesait 111 kilogs et ne pèse plus que 82 kilogs. Il présente une coloration ictérique intense, des téguments et des conjonctives. Pas de xanthopste. A la palpation, on ne trouve pas de tumeur perceptible au niveau de la tête du pancréas, mais on sent le rebord du foie un peu au-dessous des fausses côtes, et on trouve sur ce bord une tumeur sphérique, lisse, tendue, résistante, de la grosseur d'un œuf de poule environ, la vésicule biliaire qui se vide sous l'influence de palpations répétées.

L'obstruction du cholédoque est donc incomplète.

Le malade sent un poids dans le côté droit, quand il se couche de ce côté et ne peut se coucher du côté gauche ce poids le gêne. Pas d'autres symptômes de compression. Pas d'ascite, pas d'œdème des jambes, pas de réseau veineux de l'abdomen.

Les urines sont très foncées, mousseuses, chargées de pigments biliaires, elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. Les matières sont complétement décolorées.

On fait absorber au malade du salol : il se dédouble comme normalement et on trouve de l'acide salicylique dans les urines. Urée totale, 22 grammes en 24 heures. On lui donne deux cuillerées de peptone et 3 œufs.

30 Mars. — Il se plaint de quelques douleurs vagues au niveau du creux épigastrique.

8 Avril. — A souffert de coliques hier et aujourd'hui avec, par moment, des élancements dans l'épigastre et l'hypochondre droit.

14 Avril. — Passage en chirurgie. Pèse à ce moment 79 kilg. 200 grammes.

17 Avril. — Opération par M. Quénu. On trouve une vésicule contenant 400 grammes de bile. L'exploration fait sentir des noyaux durs dans la tête du pancréas. L'anastomose se fait avec l'estomac.

Suites opératoires bonnes. Réunion par première intention. Pas d'infections des voies biliaires. Pendant les trois jours qui suivent, injections sous-cutanées de sérum.

26 Avril. — Les fils sont enlevés.

10 Mai. — Pèse 72 kilos, il rentre dans le service de M. Chauffard. Les matières sont redevenues colorées presque tout de suite après l'opération. En 15 jours l'ictère et le prurit ont complétement disparu et les urines sont redevenues normales.

Il reste un peu d'induration sous la cicatrice; une teinte subictérique des téguments. L'appétit est revenu et il mangerait constamment. On le met au 4e degré et on lui donne 0 gr. 50 de pancréatine par jour.

24 Mai. — Il sort pesant 71 kilos 600.

8 Juin.— Se plaint de quelques douleurs au niveau de sa cicatrice, sent qu'il perd ses forces, pèse 72 kilos 400.

21 Juillet. — Ne pèse plus que 67 kilos, malgré une grande suralimentation. Il est très affaibli. Aucune trace d'ictère, aucune douleur ; sensibilité épigastrique sourde sans tumeur appréciable.

Il entre dans le service et meurt quelques jours après. A l'autopsie on trouve un cancer de la tête du pancréas.

Observation IX. — *Cancer du pancréas cholécystentérostomie*, par M. Michaux (1).

Une dame L..., âgée de 64 ans, nous est envoyée dans le service de M. Labbé, à l'hôpital Beaujon, par notre collègue M. le Dr Fernet avec tous les signes d'une oblitération complète du canal cholédoque. Sans aucun antécédent morbide pouvant se rattacher au foie, ni alcoolisme, ni paludisme, ni syphilis, ni maladie infectieuse quelconque, cette femme a été prise, il y a 6 mois, d'un ictère assez intense au bout de 3 jours, pour permettre d'affirmer l'oblitération du cholédoque. L'affection a débuté par des troubles digestifs, de la pesanteur dans le côté droit, en même temps les matières se décoloraient ; au bout de 15 jours, la malade aurait présenté un véritable accès franc de coliques hépatiques. Depuis cette époque, malgré tous les traitements, l'ictère n'a pas changé, il est des plus intenses, tirant presque sur le vert, le pouls est lent, (56 pulsations) ; les urines sont noires, verdâtres, les matières absolument décolorées ; il y a des démangeaisons. La perte d'appétit est complète, et l'amaigrissement très marqué depuis le début de la maladie.

Au palper que facilite singulièrement une énorme éventration, on trouve un foie considérable descendant sur la ligne médiane jusqu'au niveau de l'ombilic et sur le côté jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure de la crête iliaque. Le foie est plus consistant que normalement sans être dur comme dans la cirrhose hypertrophique, son bord est mousse et facile à délimiter, sa sensibilité est normale. Au dessous du foie, on voit et on sent encore mieux une énorme saillie plus grosse qu'une tête de fœtus à terme, cette saillie à tous les caractères de la vésicule biliaire remplie de liquide.

Nous diagnostiquons une hypertrophie du foie par stase

(1) Michaux. *Bull. Soc. Chir.*, XX. 1894, p. 575.

biliaire due à l'oblitération du canal cholédoque. La dilatation de la vésicule nous fait songer à un cancer du pancréas. Mais la proportion de l'urée est presque normale et, d'autre part, on a vu parfois des vésicules dilatées chez des calculeux bilieux purs.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est faite par M. Rauchet interne du service; on administre 120 grammes de sirop de sucre, on examine les urines et, à part de légères traces de sucre observées la première heure, tous les autres examens démontrent que tout le reste du sucre est bien arrêté par le foie. La proportion des matières colorantes est sensiblement normale. Nous concluons donc que la cellule hépatique fonctionne encore d'une manière suffisante.

D'autre part il n'y a pas de température, pas de frissons, pas de sensibilité ni douleurs hépatiques: l'infection n'existe donc pas vraisemblablement.

Opération le 4 juillet 1894 en présence de MM. Labbé et Fernet. Incision médiane sus ombilicale de 12 centimètres. En raison de l'énorme éventration, nous apercevons de suite le foie descendant très bas, et l'énorme vésicule qui descend jusqu'au dessous du plan horizontal passant par l'ombilic.

Le foie est manifestement altéré, augmenté de volume, c'est un foie de stase biliaire. Il n'y pas d'adhérences autour de la vésicule. La vésicule attirée au dehors est vidée (1 litre environ) on y sent de nombreux calculs. L'exploration faite longuement et avec soin ne donne rien dans les canaux cystique et hépatique mais à travers un intestin distendu est sentie une masse correspondant sensiblement à la partie médiane de la colonne vertébrale. Cette petite masse ne ressemble en rien à un calcul biliaire; elle a la dimension d'une pièce de 1 franc; elle est épaisse comme lobulée et me donne tout à fait l'impression d'une plaque épithéliale développée au niveau de l'ampoule de Vater. Je ne sens absolument rien du côté du cholédoque.

Dans ces conditions, j'abandonne mon idée première qui était de faire plutôt une cholécystotomie et je me décide à faire la

cholécystentérostomie qui me parait tout à fait indiquée par cette obstruction de la partie inférieure du cholédoque.

J'ouvre donc largement la vésicule, j'en extrais 49 calculs à facette du volume d'une petite noisette, j'explore avec soin la vésicule qui me semble complètement vidée et j'abouche l'orifice largement incisé dans une étendue de 3 centimètres dans une anse intestinale, qui me parait aussi voisine que possible du duodénum, que je n'ai d'ailleurs jamais pu voir car en avant de lui dans un cœcum tout à fait sous hépatique et dont les replis graisseux couvraient toute la région et gênaient singulièrement les manœuvres.

L'anastomose se fait par deux rangées de sutures séro-séreuses à la soie. J'applique des points simples ou doubles sur les angles, puis j'incise l'intestin bien vidé sur une étendue de 2 cent. Je réunis les deux lèvres muqueuses gauches par une suture soignée, puis je fais sur la lèvre droite une double rangée de sutures séro-séreuses de Lembert. En somme j'ai fait un abouchement large; la suture est si soignée que je n'hésite pas à nourrir immédiatement la malade. L'incision abdominale est fermée au crin de Florence; pour plus de précautions une petite mèche de gaz iodoformée est laissée sous l'anastomose entéro cystique. L'opération a duré une heure et demie environ.

Les suites sont aussi satisfaisantes que possible. La malade est alimentée dès le premier jour, purgée le second. Les matières se colorent, l'urine se décolore sensiblement. La plaie est en parfait état. Il n'y a aucun suintement; la mèche iodoformée est retirée le quatrième jour. Le ventre est absolument souple. La malade va bien au 8e jour.

La température oscille entre 37 et 38°; elle ne se nourrit pas autant que je le voudrais.

La malade meurt le 18 juillet 1891 de cachexie cancéreuse.

A l'autopsie on trouve un cancer de la tête du pancréas. La réunion de la vésicule et de l'intestin était parfaite.

OBSERVATION. X — (Terrier) (1).

Ictère chronique, lithiase biliaire. — Cholécystostomie. — Persistance de la fistule biliaire. — Cholécysto duodénostomie. — Guérison temporaire. — Cancer du duodénum oblitérant l'ampoule de Vaser (Résumée)

S..., Adolphine 54 ans ménagère entre à l'hôpital Bichat le 18 juin 1894.

En 1893, œdème des membres inférieurs et de la région hypogastrique, albuminurie.

Le régime lacté fait tout disparaître.

En décembre 1893, l'œdème reparait et persiste malgré le régime lacté pendant deux mois et demi. Elle sort du Vésinet le 20 avril 1894, guérie de son œdème, et la malade s'aperçoit que ses conjontives sont jaunes. L'ictère se généralise rapidement et devient très foncé.

Le 5 mai 1894, ictère très foncé, décoloration absolue des selles ; urines très colorées par la bile ; température oscillant le soir autour de 39°, quelques douleurs au creux épigastrique, diagnostic : angiocholite infectieuse.

Le 18 juin 1894, la malade pèse 43 kilogs, au lieu de 51 qu'elle pesait en 1892.

A cette date elle passe du service de M. Roques dans celui de M. Terrier.

A l'examen on constate à 7 centimètres de l'ombilic, une petite tumeur arrondie, lisse, non douloureuse, la vésicule biliaire dont le fond dépasse le foie d'environ deux travers de doigt. Le foie a sur la ligne mamelonnaire une hauteur de 13 centimètres, en dépassant le rebord costal de 10 centimètres.

Le diagnostic fut : Ictère chronique, due probablement à la lithiase biliaire avec une poussée d'endocholéecystite.

(1) *Rec. de chir.* XVI p. 169.

Opération le 7 Juillet 1894, quelques graviers dans la vésicule. L'ouverture de la vésicule agrandie, on retire quatre ou cinq calculs du volume d'un gros pois oblitérant le canal cystique.

Une palpation minutieuse, n'a pu révéler aucun obstacle au niveau des canaux hépatique et cholédoque, l'examen de la tête du pancréas donne un résultat négatif. Le cathétérisme des voies biliaires fait à l'aide d'une bougie en gomme, (filière Charrière n° 7) permet de conduire cette bougie très profondément jusqu'au duodénum.

Cholécystectomie partielle, résection du fond de la vésicule, puis cholécystostomie.

Les selles restent absolument décolorées, grisâtres. Vers le vingtième jour, l'état général est excellent, l'appétit développé et malgré le passage total de la bile par la fistule cutanée le poids augmenta de 5 kilogs, cinq semaines après l'opération.

La malade sort avec sa fistule le 5 Septembre 1894. Toute la bile paraît passer pour la fistule car les selles sont toujours décolorées.

Le 1er octobre, la malade pèse 50 kilogr. 2 kilos de plus encore malgré la perte constante de la bile.

En présence de cet écoulement constant, qui nécessite des pansements journaliers et qui déterminent quelques légers troubles du côté des téguments avoisinants la fistule, pensant d'autre part qu'il devait y avoir une oblitération du cholédoque persistante, probablement un calcul, peut-être une néoformation, on propose à la malade la cholécystentérostomie.

Mme S..., entre donc de nouveau à Bichat le 29 octobre, 1894. 31 octobre. Oblitération de la fistule par une tige de laminaire qui détermine :

1° Une rétention considérable de la bile qui s'est acccumulée dans la vésicule qui donne lieu à de vives douleurs.

2° Une élévation de température qui a atteint 38°2.

3° Une teinte subictérique des conjonctives qui persiste quelques jours.

2me opération le 10 novembre 1894. Une bougie n° 8 est placée dans la fistule enfoncée de 15 centimètres et maintenue.

Laparotomie médiane. Incision sus et sous ombilicale longue de 15 à 18 centimètres. On détruit les adhérences. On ne peut trouver le cholédoque. Une incision transversale intéressant toute la paroi abdominale, réunit la fistule biliaire à l'incision médiane primitive. On libère la vésicule, on excise tout le trajet fistuleux, et on fait l'ouverture intestinale très près du pylore. Sutures à la soie fine. Une perte de substance au niveau de l'ancien trajet fistulaire est pansée avec une mèche de gaze aseptique.

Suites opératoires excellentes et très simples.

Depuis le 18 novembre les selles sont colorées normalement. Mme S..., sort de l'hôpital le 26 novembre 1894, pesant 49 kilos, 14 décembre. 1894. Etat général excellent, bon appétit, digestions faciles, selles quotidiennes normales. A noter un léger œdème des jambes, à la suite de fatigues, battements irréguliers du cœur, légère oppression, lors des efforts, d'ailleurs elle aurait une lésion mitrale.

En août 1895, la malade revient se plaignant de vomir tout ce qu'elle ingère. Le régime lacté exclusif la remet sur pied, en septembre elle revient avec douleurs abdominales très vives, vomissements répétés, et état général très mauvais. Constatant une énorme dilatation stomacale. M. le Dr Hartmann prescrivit des lavages de l'estomac, ce qui détermine un soulagement notable.

Toutefois la malade s'affaiblit de plus en plus et meurt le 21 septembre. 1895.

Autopsie. — Enorme dilatation d'estomac qui descend jusqu'à 7 centimètres du pubis. On enlève le tout, foie, estomac, intestin, tous adhérents très fortement.

L'abouchement de la fistule s'est fait dans la portion descendante du duodénum qui est très dilatée. La fistule cystico duodénale admet une bougie du calibre n° 13 de Charrière. Pratiquant le cathétérisme du cholédoque dans le sens du cours de

la bile, on est conduit au centre d'un petit épithélioma annulaire au niveau de l'ampoule de Vater et situé un peu plus bas que l'orifice opératoire trouvé en premier lieu ; cet anneau épithéliomateux semble être la cause de la dilatation de l'estomac et de la première portion du duodénum, et aussi de l'obstruction chronique dont a souffert la malade.

Observation XI.

Un cas de cholécystentérostotomie avec l'aide du bouton de Murphy : mort par hémorrhagie au 4e jour par le docteur Francis Shepherd (1).

Madame S..., F. âgée de 36 ans. En Janvier 1893, jaunisse et douleurs violentes qui disparaissent au bout de quatre mois.

Dans le courant de 1894, elle a de nouveau des douleurs mais pas de jaunisse.

En juin 1894, vomissements, température élevée, et douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen.

En Juillet, une tumeur apparaît dans l'hypocondre droit.

A l'examen on reconnaît la jaunisse, on trouve une grosse tumeur mobile sous la peau, se reliant avec le foie. Cholecystostomie le 20 Août 1894 on évacue beaucoup de bile et quelques petits calculs. On reconnaît vers le pancréas, une tumeur qu'on attribue à un calcul, on essaie de le briser sans y réussir.

Suites opératoires excellentes. L'appétit revient bientôt, la jaunisse disparaît. La malade s'en va le 29 Septembre.

Elle revient le 28 Novembre. L'état est parfait, elle paraît forte et robuste, et a beaucoup gagné en poids.

Seulement elle est fatiguée de ce continuel écoulement de bile, et elle vient demander l'opération dont on lui avait parlé.

Opération le 3 décembre 1894. On trouve une large masse

(1) A case of cholecystenterostomie performed with Murphy's button death from hœmorrhagie on fourth day. — *Annals of surgery. Phila* 1895, XXI, p. 581.

qui entoure apparemment la tête du pancréas et le duodénum N'étant pas certain du néoplasme on introduit un bouton de Murphy avec beaucoup de difficulté. L'abouchement se fait avec le colon. On place quelques points de Lembert.

Les trois premiers jours tout va bien. Le matin du quatrième jour, du sang passe à travers le pansement. On le défait et après avoir bien examiné, on en refait un autre. Le soir grands signes d'hémorrhagie externe et interne.

On rouvre le ventre, et on voit que c'est le bouton qui a coupé les parois épaisses et friables de la vésicule et que c'est cette dernière qui fait tous les frais de l'hémorrhagie. On enlève le bouton, et on fait une hémostase soignée, injection intraveineuse saline qui fait beaucoup d'effet.

Dans la journée du lendemain nouvelle hémorrhagie. La malade meurt le soir.

A l'autopsie on trouve un carcinome de la tête du pancréas avec de nombreux ganglions volumineux et infiltrés auprès du duodénum.

Oservation XII. — *Cholécystenterostomie pour cancer du pancréas et du duodénum* (1).

La malade est opérée parce qu'elle présentait les symptômes d'une occlusion du canal cholédoque. Courvoisier outre les sutures habituelles de la séreuse fit aussi à la soie des points unissant la muqueuse.

Survie de 4 mois.

En pratiquant l'autopsie, Roth trouva un calcul de la grosseur d'une noisette dans le canal hépatique 2 calculs plus petits dans les conduits intra-hépatiques et 3 petites concretions biliaires variant d'un grain de mil à un grain de chénevis développés autour des fils de ligature saillant dans l'intestin grêle. On trouve également un cancer du pancréas et du duodénum.

(1) Bilding nod Gollensteinen dem grobere Fremdkœrper par Roth et Courvoisier. — *Corresp. Blatt. f. schweiz Aerzte.* n° 18, p, 626, 15 septembre 1893.

Observation XIII. (Terrier). — *Epthélioma de la tète du pancréas Ictère. — Anastomose de la vésicule biliaire avec l'estomac (1)* (Résumée).

Le nommé D.., âgé de 57 ans, boulanger, entre le 10 décembre 1895, salle Jarjavay lit nº 10.

Le malade se présente à Bichat pour la jaunisse et les douleurs qu'il éprouve dans l'hypocondre droit.

Depuis 4 mois, petits malaises dans le côté droit de l'abdomen surtout lorsqu'il travaillait. Il y a 10 jours il n'était que légèrement jaune et souffrait d'une démangeaison cutanée.

Le malade dit avoir notablement maigri depuis 3 à 4 mois.

Etat actuel 12 décembre 1895. Ictère généralisé avec prurigo assez intense. Rien à l'inspection de l'abdomen. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. Au palper on trouve au-dessous du rebord costal droit et à droite du muscle grand droit de l'abdomen une tumeur de forme généralement arrondie, du volume d'un petit œuf de poule dont l'extrémité supérieure se perd sous la face inférieure du foie.

Cette tumeur qui semble manifestement constituée par la vésicule biliaire est de consistance assez dure, légèrement rénitente, un peu sensible à la pression sans toutefois être franchement douloureuse.

13 décembre. Il se produit sans cause appréciable une poussée nouvelle d'ictère ; en même temps on trouve une augmentation notable du gonflement de la vésicule et une légère élévation thermique (37° 7).

14 décembre. On fait l'épreuve du sucre, mais l'analyse ne décèle de glucose dans aucun des 4 échantillons d'urine.

Du 15 au 18 décembre, état stationnaire de l'ictère qui toutefois a une certaine tendance à s'accuser.

(1) Terrier *Rev. dè chir.* p. 182. Cité in Cannac, *th.* Bordeaux 1897-1898.

L'intervention chirurgicale est indiquée ; vu la dilatation de la vésicule et l'absence de coliques hépatiquss nettes on peut penser à un néoplasme du pancréas.

Opération le 19 décembre 1895 par M. Terrier aidé de M. le Dr Hartmann et de M. Mignot interne du service.

Incision de 10 à 12 centimètres le long du bord interne du muscle droit à partir du rebord des fausses côtes.

Ouverture du péritoine. La vésicule est en dedans de l'incision, sans adhérences, mais étendue et non épaissie. Ponction de la vésicule, on retire 100grs environ de bile foncée. L'exploration du col faite avec la main ne permet pas de sentir de calculs. Grâce à une incision perpendiculaire à la première et se dirigeant vers la ligne blanche (4 centimètres environ) on peut se livrer à l'exploration du cholédoque. Une petite tumeur, dure, mobile est prise d'abord pour un calcul mais l'existence d'autrestumeurs semblables et d'une tumeur assez volumineuse de la tête du pancréas permet d'affirmer la présence de ganglions dégénérés dans le hile du foie et d'une néoformation du pancréas.

Dans le but de faire une cholecystentérostomie, on essaie d'attirer le duodénum jusqu'au contact du fond de la vésicule sans pouvoir y parvenir. M. Terrier, se décide alors à aboucher la vésicule dans l'estomac. Celui-ci est attiré au dehors de la plaie, et maintenu par un aide, six points de suture séro-séreuse unissent le fond de la vésicule à une partie de la face antérieure de l'estomac voisine du pylore, et suivant une ligne courbe à concavité antérieure. Les fils sont coupés, et l'on ajoute deux points à chaque extrémité de la ligne d'union dont les fils maintenus par des pinces ne sont pas coupés. Six fils sont placés en avant suivant une ligne courbe à concavité postérieure. Destinés à n'être serrés qu'en dernier lieu, ils sont maintenus par trois pinces. Incision de l'estomac entre les lignes de suture sur 1/2 centimètre environ. Incision de la vésicule, quatre points de suture affrontent les séreuses. Les fils séro-séreux antérieurs sont serrés et coupés. On ajoute

deux points séro-séreux supplémentaires. Les deux fils entretenus sont aussi coupés : fermeture de l'abdomen à trois plans de sutures.

22 décembre. Le malade à la suite d'un lavement a une selle colorée par la bile.

L'ictère n'a pas diminué. Le malade qui allait fort bien commence à être agité la nuit.

25 décembre. L'agitation qui a nécessité son transport à l'isolement est à peu près terminée.

Le malade va à Vincennes. le 22 janvier 1896, ou il est mal soigné. Il entre le 10 Février à Bichat, où malgré une suralimentation il maigrit légèrement tout en digérant bien.

Le malade meurt quelques mois après du fait de l'évolution de son cancer.

Observation XIV. — *Cholécystoentérostomie pour cancer du pancréas*, par Dubourg. (Résumé) (1).

Jeanne J., 54 ans, sans profession, entrée salle 1 bis, le 22 mars 1896.

Elle est malade depuis 2 ans, perte progressive des forces, amaigrissement.

Il y a 18 mois, apparition de violentes douleurs lombaires plus marquées la nuit, ni vomissement, ni ictère.

Il y a 6 mois les douleurs sont plus vives.

Depuis 3 mois hémorrhoïdes, selles décolorées, urines normales. Anorexie, constipation. Amaigrissement énorme, pas d'ictère.

Depuis un mois l'ictère est apparu. Urines couleur acajou, selles couleur mastic. La malade trop affaiblie ne se lève plus.

Elle entre à l'hôpital le 22 mars 1896. Malade très amaigrie, très affaiblie, ictère généralisé. Peau sèche, pas de démangeaisons. Muguet.

(1) Tocheport. — *Th.* de Bordeaux, 1896, 1897.

Palpation épigastrique très douloureuse. Estomac dilaté, constipation.

Selles décolorés. Le foie s'étend sur la ligne mamelonnaire sur une étendue de 20 centimètres, sur la ligne axillaire sur une étendue de 22 centimètres.

Foie gros, sans inégalité.

Au-dessous de lui, tumeur arrondie, grosse comme une mandarine, suit les mouvements du diaphragme, mate, pas de fluctuation.

Dans l'aisselle droite quelques ganglions gros comme des noisettes et roulant sous les doigts, xanthopsie. Bourdonnements d'oreille.

Diagnostic. Oblitération du cholédoque avec distension de la vésicule biliaire (tumeur ou calcul).

Opération le 26 mars 1896. Incision médiane de 10 centimètres, dépassant en bas l'ombilic de 3 centimètres. Foie hypertrophié. La vésicule est grosse comme une mandarine. A l'examen on reconnaît que l'obstacle est créé par une tumeur ayant envahi le pylore et le duodénum.

Incision de la vésicule, écoulement de bile vert très foncé, pas de calculs.

Suture avec une anse grêle par des sutures séro-séreuses. Incision de l'intestin. Suture muco-muqueuse des lèvres postérieures des 2 incisions.

Un tube de caoutchouc représente par un bout de sonde de Nélaton n° 30 avec son épaulement est mis en place et l'opération est terminée.

La malade se trouve bien, mais continue à s'affaiblir et meurt le 30 mars.

Observation XV.

F. H. Peck. Cholécystentérostomie pour néoplasme avec restauration inattendue de la fonction.

M. Edouard H..., 56 ans. En janvier 1896 il commence à souffrir et depuis, ses douleurs ne font que s'accentuer. Vers juillet la jaunisse vient et en même temps le malade note une tumeur dans l'hypochondre droit. Il entre le 20 octobre à l'hôpital d'Utica, et l'on note du côté droit une énorme bosselure mobile sous la paroi. Le foie est gros. Le diagnostic est porté ainsi : cancer enserrant les conduits biliaires peut être compliqué par des calculs biliaires.

Opération le 27 octobre 1896. Après avoir vidé la vésicule on tombe sur une énorme masse cancéreuse entourant les conduits biliaires et s'étendant dans le mésentère. On ne trouve pas de calculs.

Une anse d'intestin est attirée avec grande difficulté et une anastomose entre la vésicule et l'anse grêle est fait avec aisance à l'aide du plus petit bouton de Murphy.

Suites opératoires excellentes.

Le 31 octobre, purgation au sulfate de magnésie, 2 selles abondantes, la dernière colorée. L'ictére disparaît à partir de ce jour. Les selles sont quotidiennes depuis.

Le 10e jour, les sutures abdominales sont enlevées, le lendemain le bouton de Murphy passe par le rectum.

Le malade se lève le quarantième jour. En décembre, l'amélioration devient extrêmement rapide et le 13 janvier 1897, le malade est en parfait état, aucun retour d'ictère, les selles sont toujours colorées.

Observation XVI.

Cholécystoentérostomie pour cancer primitif de la tête du pancréas (M. Marion).

C. Antoine, 64 ans. Cordonnier. Entré le 27 mars 1899.

Le malade entre dans le service de M. Dalché à l'Hôtel-Dieu annexe il y a une quinzaine de jours pour ictère, qui est survenu sans cause aucune il y a un mois. Aucun antécédent lithiasique, pas de fièvre.

Aucun autre symptôme, si ce n'est celui d'ictère par rétention.

Le foie déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes. La vésicule grosse est sentie dans l'hypochondre droit. On conclut à un cancer des voies biliaires à cause de l'absence d'amaigrissement qui aurait dû exister s'il y avait eu cancer du pancréas. L'état général est assez satisfaisant.

Opération le 29 mars.

Incision médiane complétée par un débridement latéral droit.

Le foie déborde notablement, a une coloration verte assez prononcée.

La vésicule est volumineuse.

L'exploration fait reconnaître une dilatation de toutes les voies biliaires jusqu'à un endroit ou on trouve une masse dure correspondant à peu près au pancréas. Le désir de ne pas prolonger l'opération fait que l'exploration n'est pas poussée plus loin. En tout cas on ne trouve rien nulle part, qui ressemble à un calcul.

J'attire la vésicule au dehors. La plaie est bien garnie. Une petite ouverture est faite à la vésicule par laquelle 300 grammes de bile environ s'écoule. Une fois la plus grande quantité écoulée, un clamp est fixé sur la vésicule pour arrêter l'écoulement.

La recherche d'une anse intestinale grêle est vite faite car il s'en présente une immédiatement. Deux soies légèrement passées à travers le mésentère en isolent une portion.

L'anastomose est faite par des sutures en surjet passées avec l'aiguille de couturière. Un plan postérieur séro-séreux, un plan postérieur muco-muqueux, un plan antérieur muco-muqueux, un plan postérieur séro-séreux. Quelques points de renforcement isolés.

On ôte les fils de soie autour de l'intestin. Le clamp passé sur la vésicule est enlevé.

On fixe la vésicule au péritoine à côté de la plaie.

Drainage. Suture de la paroi en un seul plan.

Les suites sont très simples.

Le malade va à la selle le 31 mars mars, deux jours après l'opération.

Les selles sont colorées.

Ablation du drain le 1er avril.

Les urines ne commencent à prendre une teinte normale que le 6 avril.

On enlève les fils le 7 avril. Réunion complète. L'alimentation a été faite au lait pendant 4 jours après quoi les malade est mis au régime ordinaire.

Le 12 avril le malade retourne à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service de M. Dalché. Il se porte actuellement assez bien.

Observation XVII. — *Cholécystoentérostomie pour un cas de cancer de la tête du pancréas*, par M. le professeur Dubar (1).

Malade couché au n° 22 de la salle Sainte-Marie.

Voici en quelques mots l'histoire de sa maladie :

Ce malade est un ouvrier charpentier, de 42 ans, sans anté-

(1) Leçon clinique mensuelle par le Dr Potel, chef de clinique. *Echo médical du Nord*, 18 juin 1899.

cédent morbide héréditaire ou personnel digne d'être noté. Il y a six mois, il présenta des troubles digestifs accompagnés de vomissements et d'une douleur assez vive occupant l'hypochondre droit et le flanc droit.

Les vomissements disparurent assez vite, mais la douleur persista.

L'ictère apparut bientôt, s'accentuant, se fonçant de plus en plus, et, avec lui, le cortège habituel des symptômes : décoloration des selles, qui prennent une couleur mastic et une odeur absolument fétide, urines brunes, bilieuses, présentant les réactions caractéristiques des pigments biliaires, démangeaisons vives, insupportables. En même temps l'appétit diminuait, l'amaigrissement faisait des progrès.

L'ensemble de ces symptômes avait alarmé notre malade et l'avait décidé à réclamer nos soins.

Vous vous souvenez que l'examen donnait relativement peu de renseignements positifs.

Le foie était à peine augmenté de volume, presque normal. La vésicule biliaire, au contraire, paraissait distendue et faisait un léger relief au niveau de l'hypochondre droit. Il n'existait ni ascite, ni œdème, ni circulation veineuse plus considérable que normalement. Par la palpation profonde on réveillait une douleur sur les limites droites du creux épigastrique.

En raison de la longue durée de l'affection, de l'état normal du foie, nous arrivâmes à la conviction qu'il s'agissait d'une obstruction ou d'une compression des voies biliaires.

Mais quelle était la cause de l'oblitération ou de la compression ? S'agissait il d'un ou plusieurs calculs biliaires ou d'une tumeur formée aux dépens du pancréas et du duodénum ?

Il était à remarquer que le malade n'avait jamais eu de coliques hépatiques. Et il aurait été bien extraordinaire que le premier accident de la lithiase fût caractérisé par une obstruction aussi complète et aussi tenace. D'ailleurs, notre malade n'avait jamais, même autrefois, présenté de troubles digestifs. En revanche, il existait une douleur persistante

dans un point situé en dehors du muscle droit, à trois ou quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Bien qu'aucune tumeur ne fût accessible, nous penchions volontiers vers l'idée d'une dégénérescence cancéreuse du pancréas.

La tumeur aurait pu être formée aux dépens du duodénum, au voisinage de l'ampoule de Vater, mais il n'existait aucun phénomène d'obstruction intestinale. D'ailleurs, quelle que fût la cause de l'obstruction biliaire, calcul ou tumeur, il nous paraissait légitime d'intervenir, pour essayer de rétablir le cours de la bile. Le malade réclamait une intervention. Son état général était assez bon pour la supporter.

L'intervention, acceptée, a lieu le 16 mars.

Voici quelle était la ligne de conduite que nous nous étions proposé de suivre. La vésicule, très distendue, étant vidée, explorer les voies biliaires jusqu'au duodénum, reconnaître l'existence et la nature de l'agent d'obstruction ou de compression, (calcul ou tumeur) et, ces constatations faites, nous décider pour telle ou telle intervention spéciale appropriée.

L'opération a été pratiquée devant vous, les principaux détails sont sans doute encore présents à votre esprit. Je fis le long du bord externe du muscle droit, au niveau de la vésicule une incision d'environ 15 centimètres. Une fois le pèritoine pariétal incisé, nous aperçumes la vésicule biliaire, grosse comme une tête de fœtus. Je la vidai. Elle ne contenait pas de calcul, le canal cystique n'en contenait pas davantage. J'allai à la recherche de l'hiatus de Winslow et du pylore. Le pylore était sain, mais en suivant le duodénum, j'arrivai rapidement sur une tumeur dure, inégale, grosse comme un œuf de poule, au niveau de la tête du pancréas.

Il s'agissait donc d'une tumeur de la tête du pancréas, oblitérant l'ampoule de Vater et causant la rétenlion biliaire dont souffrait le malade. La tumeur faisait également corps avec le duodénum. Il était impossible de la mobiliser. Il ne fallait donc pas songer à l'extirper. Je me résolus à anastomoser la vésicule à la première portion du jéjunum. Je me servis du bouton

de Murphy petit calibre. La mise en place fut relativement aisée. Je fis un drainage profond, au moyen d'une gaze iodoformée, et je fermai la plaie.

Les suites opératoires furent des plus simples. La température ne dépassa pas 37°,7. Le pouls, qui était très lent, reprit une fréquence de 68 à la minute. Bientôt les signes du rétablissement du cours normal de la bile furent évidents. Les selles se colorèrent, les urines devinrent de plus en plus abondantes et limpides. La teinte olivâtre de notre malade disparut peu à peu.

Le bouton de Murphy fut retrouvé dans les selles, treize jours après l'intervention. Le malade est aujourd'hui bien portant. Quant à son avenir, il est subordonné à l'évolution ultérieur de son néoplasme.

CONCLUSIONS.

I. — Le cancer du pancréas, ayant amené une rétention biliaire, quoique étant toujours mortel, peut cependant comporter une survie longue relativement à la malignité de la tumeur de cet organe, grâce à la cholécystentérostomie.

II. — La cholécystoentérostomie, est indiquée dans le cancer du pancréas et d'autant plus, que généralement le diagnostic est très hésitant, et qu'il faut une laparotomie pour se rendre compte de l'obstacle.

III. — La cholécystoentérostomie est indiquée dans le cancer du pancréas, parce qu'elle ne peut être remplacée par aucune autre opération plus avantageuse.

IV. — La cholécystoentérostomie sera le procédé de choix parce que les cas de mort du fait de l'opération, sont rares (voir statistique), que dans la grande majorité des cas, l'amélioration est complète et rapide,

V. — Le cancer du pancréas doit être traité le plus vite possible c'est-à-dire; que son principal et plus redoutable symptôme, la rétention biliaire, doit être traité

d'urgence comme une hernie étranglée. L'opération trop tardive peut ne pas entraver les progrès de la cachexie, (3 cas de notre statistique).

VI. — L'abouchement du colon sera définitivement écarté. Le duodénum sera le lieu d'élection. Après lui viennent, sur le même rang, la première portion du jéjunum et l'estomac.

VII. — Le bouton de Murphy sera complètement écarté, sauf lorsque l'étoffe manquera d'une façon absolue dans les parois de la vésicule,

VIII. — Les sutures par le procédé de Colzi seront le procédé de choix.

Vu : Le Président de la Thèse

TILLAUX.

Vu : Le Doyen, BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAHIQUE

ABBE. — Ann. surg. Philad., 1895, XXI, p. 73-485.
CARMAC. — *Thèse* de Bordeaux, 1897-98.
COLZI. — *Dal giornale medico li sperimentale,* 1886, Firenze.
DELAGÉNIÈRE. — *Thèse*, 1890.
DUBAR. — *Echo méd. Nord,* 1899, p. 289.
GASTON. — *Gaillard's med. Journal,* october 1884.
— *Gaillard's med. Journal,* may 1887. *And Britlsh med. Journal,* 1887, vol I, p. 267.
HARLEY. — Diseases of the liver. London, 1883, p. 1110.
KAPPELER. — Correspondenz Blatt. f. Schw. Acr., 1er septembre 1887, p. 513.
MANGIN. — *Thèse* Bordeaux, 1897-98.
MARTYNOFF (Alexis). — *Thèse*, Moscou, 1897.
MASSE. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1898.
MICHAUX. — *Bull. Soc, chir.*, XX.
MONASTYRKI. — Chirurg. Westnik, 1888, nos de mai et juin.
NUSSBAÛM. — Deustche chirurgie Lieferung, 44, p. 94.
NIMIER. — *Rev. chir.*, 10 juillet 1894.
PATURET. — *Thèse,* 1892-93.
PECK. — Med. Rec. New-York, 1897, LI, 225.
RECLUS. — *Sem. méd.*, 1892, p. 489. *Sem. méd.*, 1893, p. 569. Clin. Pitié, 1794.
ROTH et COURVOISIER. — Corresp. Blatt. f. Schw. Acr., 15 septembre 1893, no 18, p. 626.

SHEPHEND. Ann. surg. Philadelphia, 1895, XXI, 581-584.
SOCIN. — Wahrend des Yahres, 1887, p. 60.
SOULIGOUX. — *Presse méd.*, 1896, p. 349 (avec figures).
TILLAUX. — *Bull. Soc. chir.*, 16 avril 1890.
TERRIER. — *Rev. chir.*, t, XVI, p. 169.
1896, p. 182.
Traité de chir., DUPLAY et RECLUS, 7, p. 325. Art de Segond.
Traité de chir., LE DENTU et DELBET, 8, p. 361. Art. de Faure.
TOCHEPORT. — *Thèse*, Bordeaux, 1896-97.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.